

消費税の申告が**無**の場合の記入例

(様式10)

文 書 番 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所 **神奈川県横浜市中区日本大通〇-〇**
法人(団体)名 **神奈川県株式会社**
代表者氏名 **代表取締役 横浜 太郎** (印)

平成〇〇年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費に係る
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け保総第〇〇〇号により交付決定を受けた介護職員研修受講促進支援事業費補助事業に係る補助金の消費税及び地方消費税仕入控除税に係る仕入控除税額について、次のとおり報告します。

- | | | |
|--------------------------------------------|------|------------|
| 1 補助金の額の確定額 | 金 | 〇〇, 〇〇〇円 |
| 2 消費税の申告の有無(どちらかを選択)
(2で「無」を選択の場合は以下不要) | 有 | ・ 無 |
| 3 仕入控除税額の計算方法(どちらかを選択) | 一般課税 | ・ 簡易課税 |
| (3で「簡易課税」を選択の場合は以下不要) | | |
| 4 補助金の額の確定時に減額した消費税仕入控除税額 | 金 | 円 |
| 5 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額 | 金 | 円 |
| 6 補助金返還相当額(5から4の額を差し引いた額) | 金 | 円 |

7 添付書類

- (1) 3で一般課税に該当する場合、当該補助金に係る「消費税仕入控除税額の積算内訳」
- (2) 3で一般課税に該当する場合、税務署に提出した際の「消費税の確定申告書(控)の表紙」及び「付表2 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し
- (3) その他参考となる書類(別に定める様式等)

(注) 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

〇印をつけて
下さい。

担当者の連絡先を記
入して下さい。

問い合わせ先
〇〇部〇〇課 〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

実績報告書と一緒に提出して下さい。