

第3号様式（第12条関係）

年 月 日

神奈川県知事 殿

(郵便番号) _____
(補助事業者住所) _____
(補助事業者名) _____
※ (医療機関等名称) _____
(医療機関コード (7桁)) _____
(医療機関等所在地) _____

※複数施設ある場合は裏面に列挙してください。

令和 年度消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

年 月 日付で交付決定を受けた神奈川県医療提供体制推進事業費補助金（電子処方箋の活用・普及の促進事業）に係る消費税及び地方消費税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 _____ 円

2 消費税及び地方消費税の申告の有無 _____ 有 ・ 無
(どちらかを選択)

(2で「無」を選択の場合は以下不要)

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

(注) 1 別紙として積算の内訳を添付すること。
2 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

<本件担当者>

部署 : _____
職 : _____
氏名 : _____
連絡先 : _____

医療機関等名称	医療機関コード (7桁)	医療機関等所在地