（第６号様式）

文　書　番　号

○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

令和○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金の消費税及び地方消費税に

係る仕入控除税額報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号で交付決定を受けた標記補助金に係る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　消費税の申告の有無（どちらかを選択）　　　　　　　　　　有　　　・　　　無

（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。

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○