別紙「提出の流れ」により御自身のパターンを確認してください。

年　月　日

・法人の場合は、法人の名称及び代表者の肩書、代表者氏名を記入してください。

（郵[illegible]）
（補助事業者住所）　〇〇市〇〇１－１
（補助事業者名）　医療法人〇〇会　理事長　〇山 〇子
※（医療機関等名称）　1234567
（医療機関コード（7桁））　〇〇〇病院
（医療機関等所在地）　〇〇市〇〇１－１

※複数施設ある場合は裏面に列挙してください。

補助金の交付を受けた年度を

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　日付け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。

神奈川県の交付決定通知書の右上にある交付決定日を記入してください。

1　補助金の額の確定額　　金　　円

交付決定通知書にある金額を記入してください。
交付決定**前（交付申請時）に**報告する方は、**補助所要額**を記入してください。

2　消費税及び地方消費税の申告の有無　　有　・　無

無の場合（パターンA）は、「別紙概要（返還なし）」を記入して、添付してください。
有の場合（パターンA以外）は、項目３以降を記入してください。

（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

●簡易課税の場合（パターンB）：「別紙概要（返還なし）」を記入して、添付してください。
●一般課税の場合：
・特定収入割合が５％超えている（パターンC）：「別紙概要（返還なし）」を記入して添付してください。
・パターンD、E、Fの場合：「別紙概要（返還あり）」を記入して、添付してください。
この場合、本補助金の交付を受けた時期を含む確定申告書の写しと

（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

特段の理由がなければ０円と記入してください。

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

別紙概要により算出された額を記入してください。

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：

複数施設ある場合に列挙してください。

医療機関等名称	医療機関コード（7桁）	医療機関等所在地