（様式第９号）

令和　　　年　　月　　日

長崎県知事　大石　賢吾　　様

住所

医療機関名

代表者職氏名

令和６年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　令和　　年　　月　　日付長崎県指令6国健第312号で交付決定の通知のあった令和６年度長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業補助金について、長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業実施要領第１３条の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1．補助事業者の区分（ア～キの該当する区分に○をしてください） |  |  |
| 　 | 区　　　　　分 | 該当 |
| ア | 免税事業者であるため、消費税の申告義務がない。 | 　 |
| イ | 簡易課税方式により申告している。 | 　 |
| ウ | 公益法人等であって、特定収入割合が５％を超えている。 | 法人の場合は、法人名、代表者名を記載（基本的には申請者名、振込先名義と同じにしてください。）※振込先が異なる場合は委任状を提出 |
| エ | 補助対象経費に係る消費税を個別対応方式において「非課税売上のみに要するもの」として申告している。 | 　 |
| オ | 補助対象経費をすべて消費税抜きの額により報告している。 | 　 |
| カ | 上記ア～オのいずれにも該当しない |  |

2．補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第１５条に基づく額の確定額又は事業実績報告額

金　　　　　　　　　円

3．消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除額（補助金等返還相当額）

金　　　　　　　　　円

　　※　別添参考となる書類（3の金額の積算の内訳等）を添付

※　１．でアに該当する場合は添付書類不要

|  |
| --- |
| 発行責任者及び担当者　発行責任者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　）　発行担当者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　） |

（様式第９号）※記入例

令和　　　年　　月　　日

長崎県知事　大石　賢吾　　様

住所

医療機関名

代表者職氏名

令和６年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　令和　　年　　月　　日付長崎県指令6国健第312号で交付決定の通知のあった令和６年度長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業補助金について、長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業実施要領第１３条の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1．補助事業者の区分（ア～キの該当する区分に○をしてください） |  |  |
| 　 | 区　　　　　分 | 該当 |
| ア | 免税事業者であるため、消費税の申告義務がない。 | 　 |
| イ | 簡易課税方式により申告している。 | 　 |
| ウ | 公益法人等であって、特定収入割合が５％を超えている。 | 法人の場合は、法人名、代表者名を記載（基本的には申請者名、振込先名義と同じにしてください。）※振込先が異なる場合は委任状を提出 |
| エ | 補助対象経費に係る消費税を個別対応方式において「非課税売上のみに要するもの」として申告している。 | 　 |
| オ | 補助対象経費をすべて消費税抜きの額により報告している。 | 　 |
| カ | 上記ア～オのいずれにも該当しない | ○ |

2．補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第１５条に基づく額の確定額又は事業実績報告額

補助金の交付額を記載

金　　　77，000　円

3．消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除額（補助金等返還相当額）

1.の区分がア～カの時は「０円」

1.の区分がキの時は、別添にて計算した金額を記載

金　　　　　　0　　円

　　※　別添参考となる書類（3の金額の積算の内訳等）を添付

※　１．でアに該当する場合は添付書類不要

|  |
| --- |
| 発行責任者及び担当者　発行責任者氏名　●●　●●　　　（連絡先TEL　000-000-0000　）　発行担当者氏名　■■　■■　　　（連絡先TEL　000-000-0000　） |