

「返還の有無に係るフローチャート」により御自身のパターンを確認してください。

年 月 日

(郵便番号)	123-4567
(補助事業者住所) ※医療機関等の住所ではなく、 補助事業者（開設者）の住所を記載してください	〇〇市〇〇1-1
(補助事業者名)	【個人】 (氏名)
	※法人の名称及び代表者の肩書、代表者氏名を記入 【法人】 医療法人〇〇会 理事長 〇山 〇子
※（医療機関等名称） （医療機関コード（7桁）） （医療機関等所在地）	〇〇〇病院 1234567 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記入してください。

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を次のとおり報告します。

神奈川県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 〇〇〇〇〇〇 円

交付決定通知書にある金額を記入してください。

返還の有無のパターン

パターン 〇

県ホームページに掲載している「返還の有無に係るフローチャート」から、該当するパターンの数字（1から9）を確認して記入してください。

2 消費税及び地方消費税の申告の有無

有 ・ 無

申告が無の場合（パターン①）は、事業者に応じた書類を添付してください。
申告が有の場合（パターン②から⑨）は、次の項目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②）は、事業者に応じた書類を添付してください。
- 2割特例の場合（パターン⑥）は、この欄に「2割特例」と記入し、事業者に応じた書類を添付してください。
- 一般課税の場合は、次の項目4以降を記入してください。
 - ・パターン③、④、⑤の場合、項目4から6に「0円」と記入し、事業者に応じた書類を添付してください。
 - ・パターン⑦、⑧、⑨の場合：項目4から6を入力するうえ、「入力用シート」の作成及び事業者に応じた書類を添付して

(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 〇 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 〇〇〇〇〇〇 円

入力用シート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 〇〇〇〇〇〇 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。

複数施設ある場合のリスト（行が足りない場合は、適宜行を増やしてください。）

医療機関等名称	医療機関コード（7桁）	医療機関等所在地

【パターン① 消費税の申告義務がない】の場合

基準期間における課税売上高（税抜） 円

【パターン③ 公益法人等であって、特定収入割合が5%を超えている】の場合

特定収入割合 %