

神奈川県知事 殿

学校/施設の所在地

法人名

学校/施設の名称

代表者職・氏名

年度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結核健康診断事業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。