

第7号様式（用紙 日本産業規格A4縦長型）

年 月 日

コメントの追加 [U1]: 提出日を記載してください。

神奈川県知事 殿

郵便番号 111-1111

所在地 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町1-1

報告者氏名又は名称 医療法人社団〇〇会 〇〇〇〇病院

理事長 〇〇 〇〇

コメントの追加 [U2]: 交付決定時の名義でお願いします。

令和5年度消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

令和 年 月 日付け 第 号をもって交付決定のあった令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金について、令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金交付要綱第9条第1号キ及び第2号キの規定に基づき、次のとおり報告します。

コメントの追加 [U3]: 提出済の第6号様式「事業実績報告書」に記載した、交付決定日、文書番号を入力してください。

複数回に分けて、交付決定があった場合は、すべての交付決定の日付と文書番号をご記載ください。

(例)

令和5年7月〇日付け第〇〇〇〇号、令和5年10月△日付け第△△△△号をもって交付決定のあった…

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 0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 0円

6 補助金返還相当額（5から4の額を差し引いた額）

金 0円

コメントの追加 [U4]: 神奈川県からお送りした「額の確定について（通知）」の確定額を入力してください。

コメントの追加 [U5]: 該当箇所には○をつけてください。

コメントの追加 [U6]: 該当箇所には○をつけてください。

コメントの追加 [U7]: 0円を想定しています（詳細は、「01【病床】ご案内」を参照）。

(注) 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。