

各法人等の消費税の確定申告の状況等については、税理士事務所・会計事務所等のご担当者様にご相談ください。

様式第5号

番 号
令和 年 月 日

長崎県知事 大石 賢吾 様
(障害福祉課 経由)

住所、法人名・代表者名をご記入ください。
押印は不要です。

住所
氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

令和 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

「長崎県指令 4 障福第 864-〇〇〇号」

令和 年 月 日付長崎県指令 第 号で交付決定を受けた令和4年度長崎
県介護・障害福祉サービス施設等原油価格・物価高騰緊急支援事業費補助金に係る
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額については、下記のとおり報告する。

記 仕入控除税額がある場合は、HP記載の
計算方法や【参考様式】積算内訳書を参

1 施設の種類及び名称

2 長崎県補助金等交付規則(昭和40年長崎県規則第16条)第14条の規定による
確定額又は事業実績報告による精算額

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
控除税額(要補助金返還相当額)

金 _____ 円

返還額が0円の場合は、理由を空欄に記載してください。
(例)
・消費税の申告義務がないため
・簡易課税方式により申告したため
・公益法人等であって、特定収入割合が5%を超えているため
・補助対象経費にかかる消費税を、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ため
・補助対象経費が人件費等の非課税仕入となっているため 等

4 添付書類

3の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

<発行責任者及び担当者>

発行責任者 ○○ ○○(連絡先 ○〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

発行担当者 △△ △△(連絡先 ○〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

返還額が0円でも、添付書類が必要な場合があります。
・簡易課税方式により申告している場合 確定申告書(写し)
・特定収入割合が5%を超える場合 確定申告書(写し)、特定収入割合
の計算表(任意様式)
添付書類がない場合は、空欄にその理由を記載してください。
(例)消費税の申告義務がないため、添付書類なし 等