第　　　　　号

年　　月　　日

長崎県知事　　　　　　様

住所

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

令和　　年　　月　　日付長崎県指令　　医政第　　号により交付決定があった　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について、交付決定通知により交付された条件に基づき下記のとおり報告します。

１．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

２．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（要返納相当額）

金　　　　　　　　　　　　円

注：別添参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）

別紙概要

１　施設名

２　開設者氏名

３　施設の所在地

４　補助事業名

５　補助金確定額

６　仕入控除税額の概要

　①返納がある場合

（１）補助金の使途（経費）の内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 課税仕入 | | | 非課税  仕　入 | 合　計 |
| 課税売上  対応分 | 非課税売上対応分 | 共　通  対応分 |
| 経費の内訳 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |

（２）課税売上割合

（３）仕入控除税額

　②返納がない場合

・理由