

平成 年 月 日
番 号

福島県知事

相馬市〇〇町〇-〇

医療法人◇◇会

理事長 □□ □□

㊟

担当者 △△ △

電話番号 ●●●

変更交付決定があった場合は、
変更後の交付決定年月日及び
番号についても全て記入して
ください。

交付決定年月日及び番号
県から交付された交付決定指令書に記載され
ている日付及び番号を記入してください。

福島県地域医療復興事業仕入れに係る消費税相当

平成 2 8 年 1 1 月 1 日 付け 福島県 指令 健 第 1 2 3 4 号 及び 平成 2 9 年 1 月 3

1 日 付け 福島県 指令 健 第 5 6 7 8 号 で 交付 決定 の あ っ た 平成 2 8 年 度 福 島 県 地 域

地 域 医 療 復 興 事 業 補 助 金 交 付 要 綱 第 1 2 条 第 1 項
報 告 し ま す。

記

〇〇〇事業

補助事業名

要綱別表の事業名を記入してく
ださい。

平成 2 8 年 1 1 月 1 日 付け 福島県 指令 健 第 1 2 3 4 号
平成 2 9 年 1 月 3 1 日 付け 福島県 指令 健 第 5 6 7 8 号

補 助 金

補助金の額の確定額は、実際に県から
支払われた金額を記入して下さい。

1, 0 0 0, 0 0 0 円

補助金の確
仕入れに係

補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税相当額(A)は、
実績報告書提出の際に仕入れに係る消費税相当額分について

0 円

消費税の申
仕入れに係

減額していれば、金額を記入してください。(基本的に0円。)

2, 3 8 9 円

補助金返還

消費税の申告により確定した仕入れに係る消費税
相当額(B)は、「返還額計算シート」により算出
された金額を記入してください。

2, 3 8 9 円