様式５

記入例

**「第●●●●号」の部分は、自院で文書番号を管理している場合のみ記入してください。**

**文書番号を持っていない場合は記入不要です。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第●●●●号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年３月●日

　福島県知事　様

**提出日を記入してください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地　福島市舟場町２―１

　　　　　　　　　　　　補助事業者等　名　　　　　称　■■■■病院

印

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は代表者の氏名　院長　福島　太郎

**交付決定通知書に記載された日付と交付決定番号を記入してください。**

**（不明な場合は空欄でご提出ください）**

令和２年度消費税仕入控除税額報告書

令和　　年　　月　　日付け福島県指令２健第　　　　号で交付決定のあった福島県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金について、福島県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付要綱第１１条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

**交付決定通知書に記載された交付決定額を記入してください。**

記

１　福島県補助金等の交付等に関する規則第１４条の規定に基づく額の確定額又は事業実績報告額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　１，０００，０００　円

２　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金 　　　　　　　　　０　円

３　添付書類

　　参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）

　　（例）

　　　・補助金返還額計算シート

　　　・消費税の確定申告書（写）

**・消費税の免税事業者の場合は「０円」と記載してください。**

**・消費税の確定申告をしている場合は「補助金返還額計算シート」を使用して返還額を算出してください。**

**※補助金返還額計算シートの最下部「補助金返還額」に表示**

**された金額をこちらに記載してください**