

記載例

第10号様式（第11条関係）

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 □□ □□ 印

担当者 △△ △△

電話番号 ●●●●-●●-●●●●

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。

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下さい。

福島県地域医療介護総合確保基金事業仕入れに係る消費税相当額報告書

平成28年11月1日付け福島県指令健第1234号及び平成29年1月31日付け福島県指令健第5678号で交付決定のあったこの事業について、福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第11条第1項の規定に基づき、下記により報告します。

記

補助	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。	1,000,000円
補助仕入	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減額していれば、金額を記入して下さい。(基本的に0円。)	0円
消費税仕入	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下さい。	2,389円
補助		2,389円

(注) 参考となる資料を添付すること。