

消費税仕入控除税額報告書(別紙)

申請者情報

開設者氏名(法人または個人)

- 1 緑色のセルに入力をしてください
- 2 施設区分欄には、申請する施設の区分をプルダウンから選択すること
- 3 交付決定及び額の確定通知書に記載の額とA欄の合計の額が一致すること
- 4 6施設以上をまとめて報告をする場合は、6施設目から全額控除用2のシートに入力をしてください

(単位:円)

	事業区分	保険医療機関コード (10桁)	保険医療機関等名称	施設区分	補助金の額の確定額 (A)	補助金の額の確定時に 減額した消費税仕入控除税額 (B)	消費税の申告により確定した消 費税仕入控除税額 =A×10/110 (C)	補助金返還相当額 =C-B
合 計	-	-	-	-	0	0	0	0
1								
2								
3								
4								
5								

0 未入力

0 未入力

0 未入力

0 未入力

0 未入力

施設ごとに申請された場合は、昨年度送付を受けた
交付決定及び額の確定通知書に記載されている確
定額を記載してください。

複数施設をまとめて申請された場合は、昨年度送付
を受けた交付決定及び額の確定通知書に記載され
ている確定額とA欄の合計の額が一致することを確

補助金の申請時に消費税額控除
を差し引いてご提出された場合は、
金額を記載してください。

※本書類が提出の対象となっている
施設様は基本的に減額されずに
申請をしたことになっているため、
減額は0を記入してください。