

様式5の記載例 ※返還ありの場合

様式5

必ず記載してください。

令和 3年 〇月 〇日

千葉県知事 様

住所（所在地） 千葉市中央区市場町〇丁目〇番地〇号

氏名（名称） 医療法人社団〇〇会  
理事長 〇〇 〇〇 印

10桁の医療機関等コード  
を記載してください。

（医療機関コード： 1210000000 ）

令和2年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

県からの交付決定日を  
記載してください。

令和〇年〇月〇日付け医第〇〇〇号の〇〇により交付決定を受けた千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業支援金について、千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第4条第1項第八号の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第8条に基づく  
事業実績報告額

補助金の額の確定額を  
記載してください。

金 1,000,000 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（要国庫補助金返還相当額）

金 90,909 円

（注）参考となる書類を添付すること（2の金額の積算内訳等）