

要返還相当額計算書【税率 10 %】

1 施設名

(医療機関コード10桁)

2 開設者氏名

3 施設の所在地

4 補助事業名

5 補助金確定額

円

6 仕入控除税額の概要（仕入控除税額がない場合はその理由）

※該当する事項に”○”を記入してください。

A 申告義務なし（基準期間における税抜課税売上高	円）
B 簡易課税方式	
C 特定収入割合 5 %超（特定収入割合 %）	
D その他（返還無しの理由：）	）
E 全額控除（課税売上割合 95 %以上）	
F 個別対応方式	
G 一括比例配分方式	

※ABCに該当する場合には以下は記入不要。

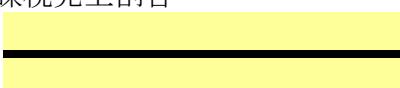
※EFGに該当する場合には、以下のいずれかに”○”を記入してください。

H 補助金の使途が税務申告で明らかになっている
I ハ 明らかになっていない

①

区分	課税仕入れ			非課税仕入れ 不課税仕入れ	合計
	課税売上 対応分	非課税売上 対応分	共通対応分		
対象経費の内訳					0
					0
					0
					0
					0
					0
	合計	0	0	0	0

②課税売上割合



=



③仕入控除税額

 円