

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	

※A B C Dに該当する場合には以下は記入不要。

※E F G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	” ” 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
						0
	合 計	0	0	0	0	0

②課税売上割合

=

③仕入控除税額

円