

様式第 7 号

提出日をご記入ください。

令和 3 年〇〇月〇〇日

(宛先)
埼 玉 県 知 事

申請書と同様に、住所、名称、代表者を記入してください。

(住 所) さいたま市浦和区高砂 3 - 1 5 - 1
(名 称) 埼玉県庁クリニック
(代 表 者) 院長 埼玉 太郎

令和 3 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和★年〇〇月〇〇日付け感対第△△△-◆◆◆号により交付決定があった埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業について、交付決定通知書により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

様式第 3 号 交付決定通知書の施行日、文書番号をお書きください。

1 事業区分及び施設の名称

無床診療所 埼玉県庁クリニック

施設類型と医療機関・薬局名をお書きください。

2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第 1 5 条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 1, 0 0 0, 0 0 0 円

様式第 6 号 交付額確定通知書にて通知した確定額をお書きください。

3 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（要県補助金返還相当額）

金 0 円

報告様式 2 にて算出した返還額をお書きください。0 円の場合も記入・報告の必要があります。

4 添付書類

3 の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等