様式５

令和　　年　　月　　日

千葉県知事　様

住所（所在地）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（名　称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（医療機関コード：　　）

令和　　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　　月　　日付け　　第　　号の　　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８項の規定に基づき、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

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）