第５号様式（第10条関係）

**「第●●●●●号」の部分は、自院で文書番号を管理している場合のみ記入してください。**

**文書番号を持っていない場合は記入不要です。**

記入例

番●●●●●号

７年　月　　日

**提出日を記入してください。**

福島県知事　様

補助事業者住所　福島市舟場町２―１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名　■■■■病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　福島　太郎

**押印不要。最下行の「本件責任者及び担当者」を必ず記載してください。**

消費税仕入控除税額報告書

年　　月　　日付け福島県指令　第　　　　号で交付決定等のあった福島県電子処方箋の活用・普及促進事業について、福島県電子処方箋の

活用・普及促進事業補助金交付要綱第10条第１項の規定に基づき、下記の

とおり報告します。

**交付決定通知書に記載された日付と交付決定番号を記入してください。**

**（不明な場合は空欄でご提出ください）**

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象施設等の名称 |  |
| 補助金の額の確定額 | 円**交付決定通知書に記載された交付決定額を記入してください。** |
| 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税相当額 | (A) | 円 |
| 消費税の申告により確定した仕入れに係る消費税相当額 | (B) | 円 |
| 補助金返還相当額　(B)－ | (A) | 円 |

本件責任者及び担当者

　・本件責任者 所属・職氏名・連絡先

**・消費税の免税事業者の場合は「０円」と記載してください。**

**・消費税の確定申告をしている場合は「補助金返還額計算シート」を使用して返還額を算出してください。**

**※補助金返還額計算シートの最下部「補助金返還額」に表示**

**された金額をこちらに記載してください**

　・本件担当者 所属・職氏名・連絡先