

(様式 7)

記入例

※提出日を記入願います

令和〇年〇月〇日

茨城県知事 殿

※押印は不要です

補助事業者

住 所 〇〇市〇〇町〇〇

氏 名 株式会社〇〇薬局

〔 薬局名称：〇〇薬局〇〇店

薬局所在地：〇〇市〇〇町〇〇

※日付や番号が分からない場合は  
未記入で結構です

令和 2 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 2 年 9 月 1 7 日 薬第 〇 号により交付決定があった令和 2 年度茨城県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金について、同補助金交付要項第 9 条第 8 号の規定に基づき、次のとおり報告します。

- 1 茨城県補助金等交付規則（昭和 36 年茨城県規則第 67 号）第 14 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 700,000 円

※補助金の額を  
記入願います。

- 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（要補助金返還相当額）

金 〇円

※「仕入控除税額の概要」で計算した返還額を  
記入願います。  
※返還なしの場合は「0円」と記入願います。

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

## 仕入控除税額の概要（返還なしの場合）

○ 返還のない理由について、該当する番号に○印をつけてください。

- ① 消費税の申告義務がありません。
- ② 簡易課税方式により申告したため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がありません。
- ③ 特定収入割合が5%を超えるため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がありません。
- ④ その他（理由をご記入願います。）

[ ]

### 添付書類

- ・簡易課税方式による場合は、簡易課税方式の確定申告書の1枚目（写し）を添付願います。
- ・特定収入割合が5%を超える場合は、「計算表3 特定収入割合の計算表」を添付願います。