様式第９号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

消 費 税 仕 入 控 除 税 額 等 報 告 書

第　　号
年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名
（市町にあっては、市町長　氏　　名）

　　年　月　日付け　　第　　号により補助金の交付の決定を受けた救急医療施設運営等事業（　　事業分）の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。

１　補助金の確定額　　金　　円
（　　年　月　日付け　　第　　号による額の確定通知額）

２　補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等
金　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等
金　　円

４　補助金返還相当額（３の額から２の額を差し引いた額）
金　　円

（注）
１　記載内容が確認できる書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合が確認できる資料等）を添付すること。
２　法人その他の団体にあっては、以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名