

様式第3号（第10条関係）

**提出年月日を記入**

※事業者が文書管理用に個々の文書に管理番号等を設定している場合は併記して差し支えありません。

令和〇年〇〇月〇〇日

福岡県知事 殿

住所又は所在地 **福岡市〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇**  
開設者名 **医療法人〇〇〇〇**  
代表者氏名 **〇〇 〇〇**  
施設名称 **〇〇診療所**

**令和6年度に送付を受けた交付決定通知書に記載の年月日及び交付決定番号を記載してください。**

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和〇年〇〇月〇〇日6薬第〇〇〇号-〇〇により交付決定があった福岡県電子処方箋導入促進費補助金について、福岡県電子処方箋導入促進費補助金交付要綱第10条に基づき、下記のとおり報告します。

記

**補助金の交付決定通知書に記載のある「補助金の額（確定額）」を記載してください。**

1 福岡県補助金等交付規則（昭和33年福岡県規則第5号）第14条の規定に基づく額の確定額又は事業実績報告額  
金 90,000 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（要県補助金返還相当額）  
金 0 円

3 添付書類  
2の消費税

**課税方式などに応じて仕入控除税額（返納額）を記載してください。**  
○消費税納税義務がない、簡易課税方式による納税など、返納額がないの場合  
→ 「0」と記載してください。  
○課税方式が個別対応方式・一括比例配分方式・全額控除の場合  
→ 報告書別紙により計算した仕入控除税額（返納額）を記載してください。