

(別紙概要)

1 施設名

2 開設者氏名

3 保険医療機関コード(10桁)

4 補助金確定額

円

5 仕入控除税額の概要(返還のない理由を選択又は記入すること。)

<input type="checkbox"/> 課税期間に係る基準期間における課税売上高が1,000万円以下であり、適格請求書発行事業者に登録しておらず、消費税の納税義務がない。 (添付書類はありません。)
<input type="checkbox"/> 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ない。 (添付書類の①確定申告書(写し)(第1表)を添付してください。)
<input type="checkbox"/> 2割特例方式(適格請求書発行事業者となる小規模事業者に対する負担軽減措置)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ない。 (添付書類の①確定申告書(写し)(第1表)を添付してください。)
<input type="checkbox"/> 公益法人等であり、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ない。 (添付書類の①確定申告書(写し)(第1表)及び②特定収入割合がわかる書類を添付してください。)
<input type="checkbox"/> その他(以下に記入してください。)

添付書類

- ① この補助金の交付を受けた時期を課税期間に含む消費税及び地方消費税の確定申告書(写し)(第1表)
- ② 特定収入割合がわかる書類