（様式第4号）

第　　　　　号

令和　年　月　　日

長崎県知事　大石　賢吾　　　様

申請者　住　　所

法人名

代表者名

令和4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4年　月　　日付長崎県指令4長社第　　　号により交付決定があった令和4年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金（○○○○○○○○○○○○事業）について、交付決定通知により交付された条件に基づき下記のとおり報告します。

１．補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又は事業実績報告額

金　　　　　　　　　　　　　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（補助金返還相当額）

金　　　　　　　０　　　　　円

注：別添参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）

発行責任者及び担当者

　発行責任者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　）

　発行担当者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　）

（様式第4号）

記載例

※朱書き下線部を適宜修正してください。

事業所で文書番号を取っていない場合は記載不要

第　　　　　号

令和4年　月　日

提出日を記載

長崎県知事　大石　賢吾　　　様

申請者　住　　所　長崎県長崎市尾上町3－1

法人名　社会福祉法人　長寿社会課

代表者名　理事長　　○○　○○

令和4年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

交付決定通知の日付及び県の文書番号を記載

令和4年　月　　日付長崎県指令4長社第　　　号により交付決定があった令和4年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金（○○○○○○○○○○○○事業）について、交付決定通知により交付された条件に基づき下記のとおり報告します。

事業名を記載

１．補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又は事業実績報告額

実績報告額を記載

金　　　○○○，○○○　　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（補助金返還相当額）

本補助金における返還額を記載

金額については、会計担当者にご確認ください。

金　　　　　　　　　　　　円

注：別添参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）

実績報告書と同様に記載

発行責任者及び担当者

　発行責任者　　○○　○○（連絡先　○○○―○○○―○○○○　）

　発行担当者　　○○　○○（連絡先　○○○―○○○―○○○○　）

発行責任者及び担当者

　発行責任者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　）

　発行担当者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　）