様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

愛知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　法人等（補助事業者）住所

　　　　　　　　　　　　　法人名等（補助事業者名）

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　受入病院所在地

受入病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文書交付先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告について

　　年　　月　　日付けで交付決定を受けた令和５年度愛知県医療従事者応援金について、当該交付要綱第１２条の規定により下記のとおり報告します。

記

１　愛知県補助金等交付規則（昭和55年規則第８号）第14条に基づく額の確定額

　　　　　　　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（要補助金返還相当額）

金　　　　　　円

３　添付書類

２の金額の積算内訳額等の参考資料