（別紙様式３（産科医等支援事業費補助金））

【全補助事業者提出書類】

番　　　　　　　　　号

＿＿年＿＿月＿＿日

記入した日付（別紙様式２と同じ日またはそれ以降の日）を記入してください。

愛知県知事　殿

（住所）　　＿＿＿＿＿＿＿＿

補助事業者名　　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

令和５年度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

別紙様式２の補助金精算額、様式２－４の補助交付決定額（I）、請求書の金額と同じ。

　令和　年　月　日付けで交付決定を受けた産科医等支援事業費補助金について、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

・補助対象経費がすべて人件費等の不課税仕入に該当する場合は、０円と御記入ください。

・「仕入控除税額が０円」となる具体的事例は、09 【記載例】消費税仕入控除（参考資料）を御参照ください。

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の金額の積算内訳等の参考資料

０円の場合でも

提出してください。