

## 入力、提出方法

- ① 「基本情報」シートの**黄色セル**部分を入力してください。（入力されたものが「様式4」に転記されます）
- ② 県ホームページ上の「消費税仕入控除税額に係るフローチャート」で返還の有無を確認いただいたうえで、「別紙概要」シートの該当する箇所に記入してください。（入力されたものが「様式4」に転記されます）
- ③ 以下のとおりメール及び郵送の両方により御提出をお願いします。

【メール】（本エクセルデータのみ提出）

aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp

※集計のため、必ずエクセル形式でお送りください。

※エクセルデータの名称及びメールの件名を「（医療機関名）診療・検査仕入控除報告」としてください。（例.（〇〇クリニック）診療・検査仕入控除報告）

【郵送】（「別紙概要」シートと「様式4」シートを印刷し、確定申告書の写し等添付書類を付けて郵送）

〒460-8501

名古屋市中区三の丸3丁目1番2号

愛知県保健医療局感染症対策課調整グループ

| 基本情報            |  |   |      |    |  |                                  |              |   |              |
|-----------------|--|---|------|----|--|----------------------------------|--------------|---|--------------|
| 項目              | 入力欄  |   |      | 判定 | 摘要   |                                  |              |   |              |
| 提出日             | 令和   | 6 | 年    | 7  | 月  | 1                                | 日            | ○ | 適切に入力がされました。 |
| 法人・個人事業主の別      | <input checked="" type="checkbox"/> 法人（医療法人等）                              |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
|                 | <input type="checkbox"/> 個人事業主（法人ではない）                                     |   |      |    |  |                                  |              |   |              |
|                 | <input type="checkbox"/> 公立医療機関  |   |      |    |  |                                  |              |   |              |
| 補助事業者名          | 医療法人○○会  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 補助事業者所在地        | 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番1号  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 施設名             | ○○クリニック  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 施設所在地           | 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番2号  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 代表者職名           | 理事長  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 代表者氏名           | ○○ ○○  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 担当部署            | 事務部  |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 担当者名            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 電話番号            | 052  | - | 954  | -  | 7489   | ○                                | 適切に入力がされました。 |   |              |
| メールアドレス         | aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp   |   |      | ○  | 適切に入力がされました。   |                                  |              |   |              |
| 交付決定通知番号①       | 4感対第1411<br>又は4感対第1703<br>又は4感対第2050                                       | - | 2000 | 号  | ○  | 適切に入力がされました。                     |              |   |              |
| 交付決定日           | 令和4年8月1日   |   |      | -  | ≪入力不要≫ 交付決定日（又は変更交付決定日）が自動で表示されます。<br>（額の確定通知書の日付とは異なります。） |                                  |              |   |              |
| 補助金確定額<br>（実績額） | 305,000  |   |      | 円  | -  | ≪入力不要≫ 「額の確定通知書」の補助金額が自動で入力されます。 |              |   |              |

黄色セル部分に入力してください。

※本様式は以下のいずれかの補助を受けた医療機関用です。

- ①HEPAフィルター付き空気清浄機
- ②HEPAフィルター付きパーテーション
- ③個人防護具
- ④簡易ベッド
- ⑤簡易診療室

PCR検査機器に関する補助金は別の様式となりますので御注意ください。

<交付決定通知書（診療・検査医療機関補助金の場合）>

番号 ↓

4感対第1411 ○号  
令和4年○月○日

○○クリニック  
院長 ○○○○ 様

愛知県知事 大村 秀章

令和4年度愛知県新型コロナウイルス感染症診療・検査医療機関設備整備費補助金の交付決定について（通知）

令和4年○月○日付の申請については、愛知県補助金等交付規則（昭和55年愛知県規則第8号。以下「規則」という。）第4条の規定により、下記のとおり決定します。

第1次募集に加え、第2次募集でも補助を受けた医療機関は以下も御確認ください。

|                 |                        |   |      |   |
|-----------------|------------------------|---|------|---|
| 交付決定通知番号②       | 4感対第2050<br>又は4感対第2439 | - | 2500 | 号 |
| 交付決定日           | 令和5年3月23日              |   |      |   |
| 補助金確定額<br>（実績額） | 20,000                 |   |      | 円 |

※令和4年度愛知県新型コロナウイルス感染症診療・検査医療機関設備整備費補助金を上半期、下半期の2回交付決定を受けた医療機関については、両方の補助金額をまとめて仕入控除税額の報告をしていただきます。

「交付通知番号①」欄に上半期募集分の番号を入力すると、下半期募集分の交付通知番号②が左の表に自動で反映されます。

【仕入控除税額（返還額）がない場合】

※①～⑤のうち該当するものをプルダウンで「○」を選択してください（また、①の場合、「基準期間における課税売上高（税抜）」欄を、③の場合、「特定収入割合」欄を入力してください）

① 消費税の申告義務がない 基準期間における課税売上高（税抜）  円

② 簡易課税方式により申告している

③ 公益法人等であって、特定収入割合が5%を超えている（医療法人社団及び医療法人財団を除く） 特定収入割合  %

④ 補助対象経費にかかる消費税を、個別対応方式において、「非課税売上」のみとするものとして申告している

⑤ 補助対象経費が人件費等の非課税仕入となっている

【仕入控除税額（返還額）がある場合】

※黄色い網掛け部分を記載してください（①～③は、該当するものにプルダウンで「○」を選択してください）

（課税売上割合）

|               |                 |      |
|---------------|-----------------|------|
| 課税資産の譲渡等の対価の額 | 123,456,789 円   | …… a |
| 資産の譲渡等の対価の額   | 2,345,678,901 円 | …… b |
| 課税売上割合 a/b =  | 0.052631581     | …… c |

※a及びbから自動計算されます。ただし、税額控除の計算で端数処理している場合には、端数処理した金額を直接入力してください

（注：申告書に記載された%をそのまま入力する欄ではありません）

3か所から該当するものに○を入力してください。様式4転記用

① 課税売上割合（上記c）が95%以上かつ課税売上高が5億円以下の法人等の場合

（仕入控除税額（返還額）） 補助金確定額（精算額）×10/110 =  要補助金返還相当額

② 課税売上割合（上記c）が95%未満の場合、または課税売上高が5億円を超える法人等で、「一括比例配分方式」により消費税の申告を行っている場合

■補助金対象経費の内訳（補助金確定額ではなく、補助金により購入等をした経費の内訳です）

| 対象経費の内訳            | 課税仕入額    | 非課税・<br>不課税仕入額 | 合計       |
|--------------------|----------|----------------|----------|
| HEPAフィルター付き空気清浄機   | 0円       |                | 0円       |
| HEPAフィルター付きパーテーション | 220,000円 |                | 220,000円 |
| 個人防護具              | 100,000円 |                | 100,000円 |
| 簡易ベッド              | 20,000円  |                | 20,000円  |
| 簡易診療室              | 0円       |                | 0円       |
| 合計                 | 340,000円 | 0円             | 340,000円 |

仕入控除税額（返還額）： 補助金確定額（精算額）×10/110×c×(d/e) =  1,555円 要補助金返還相当額

③ 課税売上割合（上記c）が95%未満の場合、または課税売上高が5億円を超える法人等で、「個別対応方式」により消費税の申告を行っている場合

■補助金対象経費の内訳（補助金確定額ではなく、補助金により購入等をした経費の内訳です）

| 対象経費の内訳            | 課税仕入額       |       |              | 非課税・<br>不課税仕入額 | 合計 |
|--------------------|-------------|-------|--------------|----------------|----|
|                    | 課税売上<br>対応分 | 共通対応分 | 非課税売上<br>対応分 |                |    |
| HEPAフィルター付き空気清浄機   |             |       |              |                | 0円 |
| HEPAフィルター付きパーテーション |             |       |              |                | 0円 |
| 個人防護具              |             |       |              |                | 0円 |
| 簡易ベッド              |             |       |              |                | 0円 |
| 簡易診療室              |             |       |              |                | 0円 |
| 合計                 | 0円          | 0円    | 0円           | 0円             | 0円 |

仕入控除税額（返還額）： (補助金確定額（精算額）×10/110×(f/h)) + (補助金確定額（精算額）×10/110×c×(g/h)) =  要補助金返還相当額

| 入力判定 | 入力完了後、入力判定欄が「×」の場合は以下に表示されるコメントに基づき、修正をしてください。 |
|------|--|
| ○    | 適切に入力されました。                                    |

＜課税売上割合の金額について＞

確定申告書の赤枠の箇所に記載されています。

- a…確定申告書の「課税資産の譲渡等の対価の額⑮」の金額を入力
- b…確定申告書の「資産の譲渡等の対価の額⑯」の金額を入力

＜「■補助金対象経費の内訳」欄について＞

「補助金対象経費の内訳」欄は、実績報告書（様式3-1）に記載した「対象経費支出済額」の金額を記載してください。（なお、「補助金額＝対象経費支出済額の“合計”」となった場合は、補助金額を記載することとなります。）

様式3-1  
令和4年度 新型コロナウイルス感染症診療・検査医療機関設備整備費補助金経費精算書

| 品目                     | 総事業費 (A) | 寄付金<br>その他の<br>収入返額 (B) | 割引事業費<br>(A)-(B) (C) | 対象経費<br>支出済額 (D) | 基準額 (E) | 確定額 (F) | 県補助<br>基本額 (G) | 県補助額<br>(G)×10/10 (H) |
|------------------------|----------|-------------------------|----------------------|------------------|---------|---------|----------------|-----------------------|
| HEPAフィルター付き<br>空気清浄機   | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |
| HEPAフィルター付き<br>パーテーション | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |
| 個人防護具                  | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |
| 簡易ベッド                  | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |
| 簡易診療室                  | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |
| 合計                     | 0        | 0                       | 0                    | 0                | 0       | 0       | 0              | 0                     |

※次の設備を購入した場合の記載例

- ・HEPAフィルター付きパーテーション1台 220,000円
- ・個人防護具 100,000円
- ・簡易ベッド1台 20,000円
- 合計 340,000円

この場合、対象経費支出済額の合計は次のとおりになります。

- 対象経費支出済額の合計 340,000円←この金額がe欄またはh欄の金額となります
- 補助金額 325,000円
- （HEPAフィルター付きパーテーションの基準額が205,000円のため、15,000円減額）

令和 6 年 7 月 1 日

愛知県知事殿

所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番1号

補助事業者名 医療法人〇〇会

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇

令和 4 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

令和4年08月01日及び令和5年03月23日付けで交付決定を受けた新型コロナウイルス感染症診療・検査医療機関設備整備費補助金について、当該交付要綱第 1 2 の規定により下記のとおり報告します。

記

1 施設の名称及び所在地

〇〇クリニック

愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番2号

2 愛知県補助金等交付規則（昭和 5 5 年規則第 8 号）第 1 4 条に基づく額の確定額

金 325,000 円

3 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 1,555 円

4 添付書類

3 の金額の積算内訳額等の参考資料（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）

担当部署 事務部

担当者名 □□ □□

電話番号 052-954-7489

Mail アドレス aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp