

第1号様式（第7条関係）

本報告書の提出は、消費税の確定申告の対象でない施設は市からの補助金の交付後に、対象の施設は、消費税及び地方消費税仕入控除税額の確定後にご提出ください。

〇〇年〇月〇日

（あて先）長崎市長

住所 長崎市〇町〇番〇号
団体名 社会福祉法人〇〇会
〇〇〇〇保育所
代表者名 理事長 〇〇 〇〇

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。（押印は不要です。）

市から送付された「補助金等確定通知書」の日付をご記入ください。

〇〇年度 消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

〇〇年〇月〇日付けで補助金の額を確定した長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金に係る消費税及び地方消費税仕入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

1 補助金確定額（市が補助金の額の確定通知書により通知した額）

金 〇〇〇〇〇 円

交付された補助金の額をお書きください。

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仕入控除税額（補助金返還相当額）

金 0 円(申告義務なし)

3 添付書類

- ・ 課税期間分の消費税及び地方消費税の確定申告書（写）
- ・ 課税売上割合、控除対象仕入税額等の計算表（写）
- ・ 2の金額の積算内訳書等

→無し

※ 申告義務がなく添付書類がない場合は、「無し」とご記入ください。

・ 消費税の確定申告の対象でない施設は、「0円」(申告義務なし)とご記入ください。3の添付書類も必要ありません。
・ 確定申告の対象となる施設は、補助金返還相当額をご記入ください。ご不明な点がございましたら、お手数ですが別途ご相談ください。