※　消費税及び地方消費税の申告により、

**消費税及び地方消費税仕入控除税額（補助金**

**返還相当額）が発生する場合にご提出ください。**

第１号様式（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○年○月○日

（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　 長崎市○町○番○号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名　 社会福祉法人○○会

「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。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ○○○○保育所

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 理事長　○○　○○

○○年度　消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

　　○○年○月○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）

交付された補助金の額を

お書きください。

ああ

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仕入控除税額（補助金返還相当額）

金 ○○○○○ 円

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