

(D 返還なし用)

(別紙概要)

1 施設名

〇〇病院

2 開設者氏名

医療法人〇〇〇

3 施設の所在地

〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇-〇〇

4 国庫補助金確定額

1,000,000円

該当する項目に☑等記載し、添付書類が必要な場合は添付してください。

5 仕入控除税額の概要 (返還のない理由を選択又は記入すること。)

- 課税期間に係る基準期間における課税売上高が1,000万円以下であり、消費税の納税義務がない。
(添付書類はありません。)
- 簡易課税方式により申告したため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
(添付書類の①確定申告書(写し)(第1表)を添付してください。)
- 公益法人等であり、特定収入割合が5%を超えないため、補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額がない。
(添付書類の①確定申告書(写し)(第1表)及び②特定収入割合がわかる書類を添付してください。)
- その他(以下に記入してください。)

簡易課税方式により申告したか否かは、確定申告書(第1表)の右側に「〇簡」※〇の中に簡の文字があるか否かを確認してください。

添付書類

- ① この補助金の交付を受けた時期を課税期間に含む消費税及び地方消費税の確定申告書(写し)(第1表)
- ② 特定収入割合がわかる書類