様式第５号

　　〇〇年〇月〇日

尼崎市長　様

　住　　　　所　尼崎市〇〇〇－〇〇－〇〇

　　氏　　　　名　　〇〇　〇〇

（法人にあっては名称及び代表者）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

〇〇年〇月〇日付け尼〇〇第〇〇号により交付決定を受けた尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金については、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費等成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第８条第２号の規定により付された条件に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱の規定による確定額又は実績報告による精算額

金　　　　１００,０００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に係る仕入控除税額 （要補助金等返還相当額）

金　　　　　　　　　０円

３　添付書類

記載内容を確認するための書類（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）を添付します。