

様式3

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者

住所
医療機関名
代表者名

印

仕入れに係る消費税等相当額報告書

年 月 日付け（24080- - ）で交付決定を受けた令和2年度宮崎県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業費補助金について、宮崎県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業費補助金交付要綱第5条第8号の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金等の交付に関する規則第15条の補助金の額の確定額
（ 年 月 日付け第24080- - 号による確定通知額）
金 _____ 円
- 2 補助金の確定時に減額した収入に係る消費税等相当額
金 _____ 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 _____ 円
- 4 補助金返還相当額
金 _____ 円