

消費税及び地方消費税等相当額報告書

年 月 日

南島原市長 様

所在地

氏名又は名称及び代表者名

(※)

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人(代表者)が手書き(署名)しない場合は、記名押印してください。

年 月 日付け南島原市指令 第 号により交付決定通知のあった
年度南島原市医療提供体制確保事業について、南島原市医療提供体制確保事業補助金交付要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 南島原市補助金等交付規則第14条に基づく確定額 金 円
(年 月 日付け南島原市指令第 号による額の確定通知額)
- 2 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税等相当額
金 円
- 3 消費税及び地方消費税の消費税申告により確定した仕入れに係る消費税等相当額
金 円
- 4 補助金返還相当額(3-2) 金 円

(注) 消費税及び地方消費税の申告に係る書類の写しを添付すること。