様式第６号（第９条関係）

年　月　日

　西都市長　様

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　名称及び代表者の氏名　㊞

仕入れに係る消費税等相当額報告書

　　年　月　日付け　　第　　号をもって交付決定通知のあった　　年度西都市医療機関開設等支援事業補助金について、西都市医療機関開設等支援事業補助金交付要綱第９条第３項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　補助金の額の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　円

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

５　当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額が明らかにならない場合、その状況を記載

［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

６　当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額がない場合、その理由を記載

　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］