

令和2年度仕入れに係る消費税等相当額報告書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

住 所

令和2年度の補助金を申請した薬局の住所を記載してください。

団 体 名

申請した薬局名を記載してください。

代表者名

報告者（薬局の開設者が法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名を記載してください。）

記入(担当)者  
(部署・氏名)  
電 話

記入者、電話番号、電子メールは、本報告を記載し、問い合わせ可能な方を記載してください。

電子メール

交付決定通知書の右上に記載されている日付と番号となります。

令和 年 月 日付け薬第 号により交付決定通知のあった令和2年の新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)については、同通知の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

1 補助金確定額

申請額と精算額が同じ場合は交付決定通知書に記載された

金

円

(令和 年 月 日付け薬第 号による額の確定通知書)

申請額と精算額が同じ場合は記入不要です。

2 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税相当額

金

円

3 消費税の申告により確定した仕入に係る消費税相当額

金

円

4 補助金返還相当額 ( 3 - 2 )

金

円