

消費税の申告が**無**の場合の**記入例**  
※実績報告書とあわせてご提出ください。

(様式10)

神奈川県知事 殿

必要な場合のみ、文書番号  
を記入してください。

文 書 番 号  
令和〇年〇〇月〇〇日

補助事業者 住 所 神奈川県横浜市中区日本大通〇-〇  
法人(団体)名 神奈川株式会社  
代表者氏名 代表取締役 横浜 太郎

令和6年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費に係る  
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和〇年〇〇月〇〇日付け福子総第〇〇〇号により交付決定を受けた令和4年度介護職員子育て支援代替職員配置事業に係る補助金の消費税及び地方消費税仕入控除税に係る仕入控除税額について、次のとおり報告します。

- 1 補助金の額の確定額 金 〇〇,〇〇〇 円
- 2 消費税の申告の有無(どちらかを選択) 有 ・ **無**

〇印をつけて  
ください。

(2で「無」を選択の場合は以下不要)

3  
4  
5  
6  
7

3以降の項目については、  
記入する必要はありません。

- (2) 3で一般課税に該当する場合、税務署に提出した際の「消費税の確定申告書(控)の表紙」及び「付表2 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し  
(3) その他参考となる書類(別に定める様式等)

(注) 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

【本件責任者及び担当者】

責任者 職・氏名  
電話 000-000-000  
電子メール \*\*\*@\*\*\*

担当者 職・氏名  
電話 000-000-000  
電子メール \*\*\*@\*\*\*

責任者及び担当者の記載について

- 文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。
  - 責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。
  - 申請者が市町村の場合は記載不要です。
- ※ 別途問合せ先の記載をお願いします。