【様式第４号（第１０条関係）】

年　　月　　日

　熊本県知事　木村　敬　様

住所（法人の場合は所在地）

（申請者）

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

印

令和６年度（２０２４年度）消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　　年　　月　　日付け　　第　　　号により交付決定があった熊本県病院・診療所電子処方箋活用・普及促進事業費補助金について、同補助金交付要項第１０条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第１５条に基づく額の確定額又は事業実績報告に係る精算額

金　　　　　　　　　　　円

２　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

金　　　　　　　　　　　円

３　添付資料

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・係名等 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |