様式４

　　年　　月　　日

山口県知事　　　　　　　様

所在地

申請者　名　称

代表者氏名

担当者　職・氏名

連絡先

　　年度医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業費

補助金に係る消費税仕入控除税額の報告について

　　年　　月　　日付け指令　　　　第　　　号で交付を受けました補助金にかかる消費税仕入控除税額について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助金の額の確定額（又は事業実績報告額）

金　　　　　　　　　　円

２　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）

金　　　　　　　　　　円

３　２の金額の算定資料

別添のとおり