

## 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) 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)			
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

申請額と精算額が同じ場合は記入不要です。