

基本情報

提出日	令和 4 年 2 月 10 日
所在地	愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番2号
法人名	
施設名	〇〇クリニック
代表者職名	院長
代表者氏名	〇〇 〇〇
担当部署	事務部
担当者名	□□ □□
電話番号	052-954-7489
メールアドレス	aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp
交付決定日	令和 3 年 2 月 15 日
交付決定文書番号	2 感対第 1440 - 700 号
補助金確定額（精算額）	325,000 円

実績報告書に記載した所在地、法人名、施設名を記載してください。

←「交付決定通知書」（変更交付決定をしている場合は、「変更交付決定通知書」）の右上の日付を記入してください。

←「交付決定通知書」（変更交付決定をしている場合は、「変更交付決定通知書」）の右上の文書番号を記入してください。

←「額の確定通知書」に記載されている「補助金額」を記載してください。

黄色セル部分に入力してください。

< 交付決定通知書 >

2 感対第〇〇〇-〇号  
令和〇年〇月〇日

〇〇クリニック  
院長 〇〇〇〇 様

愛知県知事 大村 秀章

令和2年度愛知県新型コロナウイルス感染症等患者入院医療機関等設備整備費補助金の交付決定について（通知）

令和〇年〇月〇日付けの申請については、愛知県補助金等交付規則（昭和55年愛知県規則第8号。以下「規則」という。）第4条の規定により、下記のとおり決定します。

< 額の確定通知書 >

2 感対第〇〇〇-〇号  
令和〇年〇月〇日

〇〇クリニック  
院長 〇〇〇〇 様

愛知県知事 大村 秀章

令和2年度愛知県新型コロナウイルス感染症等患者入院医療機関等設備整備費補助金の額の確定について（通知）

令和〇年〇月〇日提出の実績報告については、交付決定の内容及びその条件に適合しておりますので、愛知県補助金等交付規則（昭和55年愛知県規則第8号）第14条の規定によって、下記のとおり額を確定します。

記

補助金額 金〇〇〇円

【仕入控除税額（返還額）がない場合】

※①～⑤のうち該当するものをプルダウンで「○」を選択してください（また、①の場合、「基準期間における課税売上高（税抜）」欄を、③の場合、「特定収入割合」欄を入力してください）

<input type="radio"/>	① 消費税の申告義務がない	基準期間における課税売上高（税抜）	<input type="text" value=""/>	円
<input type="radio"/>	② 簡易課税方式により申告している			
<input type="radio"/>	③ 公益法人等であって、特定収入割合が5%を超えている（医療法人社団及び医療法人財団を除く）	特定収入割合	<input type="text" value=""/>	%
<input type="radio"/>	④ 補助対象経費にかかる消費税を、個別対応方式において、「非課税売上のみ」に要するものとして申告している			
<input type="radio"/>	⑤ 補助対象経費が人件費等の非課税仕入となっている			

【仕入控除税額（返還額）がある場合】

※黄色い網掛け部分を記載してください（①～③は、該当するものにプルダウンで「○」を選択してください）

（課税売上割合）

課税資産の譲渡等の対価の額	<input type="text" value="123,456,789"/>	円	…… a
資産の譲渡等の対価の額	<input type="text" value="2,345,678,901"/>	円	…… b

課税売上割合 a / b =  …… c

※a及びbから自動計算されます。ただし、税額控除の計算で端数処理している場合には、端数処理した金額を直接入力してください

（注：申告書に記載された%をそのまま入力する欄ではありません）

3か所から該当するものに○を入力してください。別紙様式6転記用

①課税売上割合（上記c）が95%以上かつ課税売上高が5億円以下の法人等の場合

（仕入控除税額（返還額）） 補助金確定額（精算額） × 10 / 110 =

要補助金返還相当額

②課税売上割合（上記c）が95%未満の場合、または課税売上高が5億円を超える法人等で、「一括比例配分方式」により消費税の申告を行っている場合

■補助金対象経費の内訳（補助金確定額ではなく、補助金により購入等をした経費の内訳です）

対象経費の内訳	課税仕入額	非課税・ 不課税仕入額	合計
需用費	100,000		100,000
備品購入費	240,000		240,000
使用料・賃料			0
〇〇費			0
			0
			0
合計	340,000	0	340,000

d e

（仕入控除税額（返還額）） 補助金確定額（精算額） × 10 / 110 × c × (d / e) =

要補助金返還相当額

1,555

③課税売上割合（上記c）が95%未満の場合、または課税売上高が5億円を超える法人等で、「個別対応方式」により消費税の申告を行っている場合

■補助金対象経費の内訳（補助金確定額ではなく、補助金により購入等をした経費の内訳です）

対象経費の内訳	課税仕入額			非課税・ 不課税仕入額	合計
	課税売上 対応分	共通対応分	非課税売上 対応分		
需用費					0
備品購入費					0
使用料・賃料					0
〇〇費					0
					0
					0
					0
合計	0	0	0	0	0

f g h

（仕入控除税額（返還額）） (補助金確定額（精算額） × 10 / 110 × (f / h))

要補助金返還相当額

+ (補助金確定額（精算額） × 10 / 110 × c × (g / h)) =

<課税売上割合の金額について>

確定申告書の赤枠の箇所に記載されています。

- a…確定申告書の「課税資産の譲渡等の対価の額⑮」の金額を入力
- b…確定申告書の「資産の譲渡等の対価の額⑯」の金額を入力

この用紙は機械で読み取ります。

この申告書は平成 年 月 日 から令和 年 月 日 までの課税期間分の消費税及び地方消費税の申告書です。

この申告書による消費税の税額の計算

課税標準額①	<input type="text" value="000"/>
消費税額②	<input type="text" value=""/>
課税標準額⑮	<input type="text" value=""/>
課税資産の譲渡等の対価の額⑯	<input type="text" value=""/>

この申告書による地方消費税の税額の計算

課税標準額⑰	<input type="text" value=""/>
地方消費税額⑱	<input type="text" value=""/>

<「■補助金対象経費の内訳」欄について>

「補助金対象経費の内訳」欄は、実績報告書（別紙様式5-1）に記載した「対象経費支出済額」の金額を記載してください。（なお、「補助金額=対象経費支出済額の“合計”」となった場合は、補助金額を記載することとなります。）

令和2年度 新型インフルエンザ等患者入院医療機関等整備費補助金 経費精算書

補助事業者名:

事業	種目名	総事業費 (A)	寄付金その他の収入済額 (B)	差引事業費 (A)-(B) (C)	対象経費支出済額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	県補助基本額 (G)	県補助額 (G) × 10 / 10 (H)
新型インフルエンザ等患者/新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業	初度設備								
	人工呼吸器等								
	個人防護具								
	簡易除圧装置								
感染症外来協力医療機関/帰国者・接触者外来等設備整備事業	簡易ベッド								
	体外式膜型人工肺								
	簡易病室								
HEPAフィルター付空気清浄機	HEPAフィルター付パーテーション								
	個人防護具								
合計									

※次の設備を購入した場合の記載例

- ・HEPAフィルター付きパーテーション1台 220,000円→備品購入費へ計上
- ・個人防護具 100,000円→需用費へ計上
- ・簡易ベッド1台 20,000円→備品購入費へ計上
- 合計 340,000円

この場合、対象経費支出済額の合計は次のとおりになります。

- 対象経費支出済額の合計 340,000円←この金額がe欄またはh欄の金額となります
- 補助金額 325,000円
- （HEPAフィルター付きパーテーションの基準額が205,000円のため、15,000円減額）

(別紙様式6)

令和4年2月10日

愛知県知事殿

所在地 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番2号  
補助事業者名 ○○クリニック  
代表者氏名 院長 ○○ ○○

令和2年度 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告について

令和3年2月15日付けで交付決定を受けた新型インフルエンザ等患者入院医療機関等整備費補助金について、当該交付要綱第14の規定により下記のとおり報告します。

- 1 愛知県補助金等交付規則（昭和55年規則第8号）第14条に基づく額の確定額  
金 325,000 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（要補助金返還相当額）  
金 1,555 円
- 3 添付書類  
2の金額の積算内訳額等の参考資料

担当部署 事務部  
担当者名 □□ □□  
電話番号 052-954-7489  
Mailアドレス aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp

「基本情報」及び「別紙概要」シートに記入いただくと、自動で必要事項が転記されます。

適切に入力されているか確認をお願いいたします。