

入力、提出方法

- ① 「基本情報」シートの**黄色セル**部分を入力してください。（入力されたものが「第7号様式」に転記されます）
- ② 県ホームページ上の「消費税仕入控除税額に係るフローチャート」で返還の有無を確認いただいたうえで、「別紙概要」シートの該当する箇所に入力してください。（入力されたものが「第7号様式」に転記されます）
- ③ 以下のとおりメール及び郵送の両方により御提出をお願いします。

【メール】（本エクセルデータのみ提出）

aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp

※集計のため、必ずエクセル形式でお送りください。

※エクセルデータの名称及びメールの件名を「（医療機関名）PCR補助金仕入控除報告」としてください。（例.（〇〇クリニック）PCR補助金仕入控除報告）

【郵送】（「別紙概要」シートと「第7号様式」シートを印刷し、確定申告書の写し等添付書類を付けて郵送）

〒460-8501

名古屋市中区三の丸3丁目1番2号

愛知県感染症対策課助成グループ

基本情報									
項目	入力欄			判定	摘要				
提出日	令和	5	年	3	月	1	日	○	適切に入力がされました。
法人・個人事業主の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人（医療法人等）			○	適切に入力がされました。				
	<input type="checkbox"/> 個人事業主（法人ではない）								
	<input type="checkbox"/> 公立医療機関								
補助事業者名	医療法人〇〇会			○	適切に入力がされました。				
補助事業者所在地	愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番1号			○	適切に入力がされました。				
施設名	〇〇クリニック			○	適切に入力がされました。				
施設所在地	愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1番2号			○	適切に入力がされました。				
代表者職名	理事長			○	適切に入力がされました。				
代表者氏名	〇〇 〇〇			○	適切に入力がされました。				
担当部署	事務部			○	適切に入力がされました。				
担当者名	□□ □□			○	適切に入力がされました。				
電話番号	052	-	954	-	7489	○	適切に入力がされました。		
FAX番号	052	-	954	-	7430	○	適切に入力がされました。		
メールアドレス	aichi-iryohojokin@pref.aichi.lg.jp			○	適切に入力がされました。				
確定通知番号	3感対第1897 又は4感対第64		-	700	号	○	適切に入力がされました。		
交付決定日	令和3年11月26日			-	《入力不要》交付決定日（又は変更交付決定日）が自動で表示されます。 （額の確定通知書の日付とは異なります。）				
補助金確定額（実績額）	1,500,000		円	-	《入力不要》「額の確定通知書」の補助金額が自動で入力されます。				

黄色セル部分に入力してください。

※本様式はPCR検査機器に関する補助を受けた医療機関用です。

HEPAフィルター付き空気清浄機・パーテーションや個人防護具、簡易診療室等に関する補助金は別の様式となりますので、御注意ください。

<額の確定通知書>

3感対第1897-〇〇号
令和〇年〇月〇日

医療法人〇〇会（〇〇クリニック）
理事長 〇〇 〇〇 様

愛知県知事 大村 秀章

令和3年度愛知県新型コロナウイルス感染症検査機関等設備整備事業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

返還額が「ない」又は「ある」場合のいずれか該当の項目のみに必要情報を入力してください。

《別紙概要》

【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）

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） 円

② 簡易課税方式により申告している

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 %

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

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	123,456,789	円	……	a
資産の譲渡等の対価の額	2,345,678,901	円	……	b
課税売上割合 a / b =	0.052631581		……	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。第7号様式転記用

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
次世代シーケンサー	0円	0円	0円
リアルタイムPCR装置	0円	0円	0円
等温遺伝子増幅装置	1,500,500円	0円	1,500,500円
全自動化学発光酵素免疫測定装置	0円	0円	0円
合計	1,500,500円	0円	1,500,500円

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

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		
次世代シーケンサー	0円	0円	0円	0円	0円
リアルタイムPCR装置	0円	0円	0円	0円	0円
等温遺伝子増幅装置	0円	0円	0円	0円	0円
全自動化学発光酵素免疫測定装置	0円	0円	0円	0円	0円
合計	0円	0円	0円	0円	0円

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

要補助金返還相当額

入力判定	入力完了後、入力判定欄が「×」の場合は以下に表示されるコメントに基づき、修正をしてください。
○	適切に入力されました。

原則として、個人事業主の場合は前々年度の課税売上高、法人の場合は前々事業年度の課税売上高を入力していただくこととなります。基本的には、当該額が1,000万円以下の事業者が免税事業者となります。（例えば、令和3年の課税期間において貴医療機関が免税事業者となるかどうかは、令和元年の期間における課税売上高で判断します。）

なお、上記にかかわらず他の要件等により免税事業者とならない場合もあるため、詳細については税理士や経理担当者に確認してください。

< 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。

課税期間分の消費税及び地方消費税の()申告書

課税標準額①	000	付	割賦基準の適用	<input type="radio"/>	有	<input type="radio"/>	無	31
消費税額②		延	延払基準等の適用	<input type="radio"/>	有	<input type="radio"/>	無	32
		事	工事進行基準の適用	<input type="radio"/>	有	<input type="radio"/>	無	33

この申告書による消費税の税額の計算

課税標準額①	000	税率	10%	課税	000
消費税額②		税率	10%	課税	000

この申告書による地方消費税の税額の計算

課税標準額①	000	税率	10%	課税	000
消費税額②		税率	10%	課税	000

< 「■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（第6号様式）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。）

第6号様式

令和3年度愛知県新型コロナウイルス感染症検査機関等設備整備事業補助金経費所要額精算書

補助事業者名

事業	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)	備考
感染症検査機関等設備整備事業	0	0	0	0	0	0	0	0	内訳は第5号様式のとおり
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	

注1 「県補助額」(H)には、1,000円未満を切り捨てた額を記入すること

※次の設備を購入した場合の記載例

- 等温遺伝子増幅装置1台 1,500,500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 1,500,500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 1,500,000円（千円未満切捨てのため）

令和5年3月1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1号
(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 医療法人〇〇会
(〇〇クリニック)

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇

令和3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11月26日付けで交付決定を受けた令和3年度愛知県新型コロナウイルス感染症検査機関等設備整備事業補助金について、当該交付要綱第11の規定により下記のとおり報告します。

記

- | | | |
|---|--|-------------|
| 1 | 愛知県補助金等交付規則（昭和55年規則8号）第14条に基づく額の確定額 | |
| | 金 | 1,500,000 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 | 7,177 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
FAX番号: 052-954-7430
電子メール: 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します。