

水色のセルに入力してください。

提出年月日を入力

令和7年10月●●日

群馬県知事 あて

補助事業者（医療機関・薬局開設法人等）

法人にあっては、主たる事務所所在地、法人名称、代表者職氏名を入力

個人にあっては自宅住所、代表者名を入力

所在地

〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

名称

株式会社〇〇ファーマシー

代表者
職・氏名

代表取締役 〇〇〇〇

施設名称

〇〇薬局

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和6年10月●●日付け薬第311-▲▲号をもって交付決定を受けた令和6年度群馬県電子処方箋の活用・普及促進事業に係る補助金について、群馬県電子処方箋の活用・普及促進事業補助金交付要綱の規定に基づき、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について、下記のとおり報告する。

交付決定通知日と文書番号を入力 医療機関：医30350-▲号 薬局：薬第311-▲号

- 1 群馬県補助金等に関する規則第7条に基づく額の確定額又は実績報告による精算額

補助金の交付決定通知書に記載の「補助金の確定額」を入力

金

96,000

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（要補助金等返還相当額）

課税方式などに応じて報告書別紙により計算した仕入控除税額（返還額）が自動入力されます。

金

8,727

円

自動入力

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。

事業者名

株式会社〇〇ファーマシー

自動入力

療機関・薬局名

〇〇薬局

自動入力

ご担当者情報を入力してください

(担当者情報)

担当者	〇〇〇〇
電話番号	027-226-2663
メールアドレス	□□□□

(区分情報入力欄) ※①～⑤のうち該当するものをプルダウンで「〇」を選択してください

【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「〇」を選択してください

- ☐
- ① 消費税の申告義務がない

☐☐☐☐

該当する項目に「〇」を入力してください。
(プルダウンで選択)

申告している

他による場合、その理由書（任意様式）を添付願います。

[→別紙概要（返還なし）](#)

【仕入控除税額（要返還額）がある場合】

※A,B,Cのうち該当するものをプルダウンで「〇」を選択してください
その上で、「別紙概要」をクリックして概要様式に計算内訳等を

別紙概要（A）に
ジャンプします

- ☒
- (A) 課税売上割合が95%以上かつ課税売上高が5億円以下の場合
-
- [→別紙概要\(A\)](#)
-
- [全額控除](#)

☐☐

【全額控除等】

(別紙概要)

1 補助事業者名（開設者名）

株式会社〇〇ファーマシー

自動入力

2 補助事業者（開設者）所在地

〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

自動入力

3 医療機関・薬局名

〇〇薬局

自動入力

4 補助事業名

令和6年度群馬県電子処方箋の活用・普及促進事業補助金

5 補助金確定額

96,000 円 自動入力

6 仕入控除税額の概要

(1) 仕入控除税額（全額控除）

返還額となります

補助金確定額 × 10 / 110 =

8,727 (返還額)

(2) 添付書類 **必ず、添付してください**

- ・ 確定申告書（写し）
- ・ 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表（写し）

(担当者情報)

担当者	〇〇〇〇	自動入力
電話番号	027-226-2663	自動入力
メールアドレス	□□□□	自動入力