

提出年月日を入力

令和8年10月●●日

群馬県知事 あて

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
表者名を入力施設名称は、20施設ある場合、
右記のとおり入力

補助事業者（医療機関・薬局開設法人等）

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

代表取締役 〇〇〇〇

職・氏名

施設名称

〇〇薬局ほか9施設

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和7年10月●●日付け薬第311-▲▲号等をもって交付決定を受けた令和7年度

群馬県薬事知事等の活用、並びに医薬品に係る業務について、群馬県薬事知事等の活用

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
複数あるうちの最も古い交付決定通知日と文書番号を一つだけ入力

税額について、下記のとおり報告する。

記

- 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

別紙（1枚目）・（2枚目）の精算額
の合計が自動入力されます

金

1,128,000

円

自動入力

- 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）

別紙（1枚目）・（2枚目）の返還額
の合計が自動入力されます

金

0

円

自動入力

- 3 添付書類

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。

ご担当者情報を入力してください

事業者名 株式会社〇〇ファーマシー

自動入力

機関・薬局名 〇〇薬局ほか9施設

自動入力

(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「○」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「○」を選択してください



- ☐ ① 消費税の申告義務がない
- ☐ ② 簡易課税方式により申告している。
- ☐ ③ 2割特例適用で申告している。
- ☐ ④ 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 %
- ☒ ⑤ 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
- ☐ ⑥ その他 → その他による場合、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「○」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入力してください。



- ☐ (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](#)
- ☐ (B) 課税売上割合が95%未満の場合、又は課税売上高が5億円を超える場合であり、**一括比例配分方式**を採用している場合
[→別紙概要\(B\)](#)
[一括比例配分](#)
- ☐ (C) 課税売上割合が95%未満の場合、又は課税売上高が5億円を超える場合であり、**個別対応方式**を採用している場合
[→別紙概要\(C\)](#)
[個別対応方式](#)

水色のセルに入力してください。

別紙（1枚目）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（複数施設一括報告用）

所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号	自動入力
名称	株式会社〇〇ファーマシー	自動入力

No	医療・薬局 機関コード	施設名	所在地	交付決定通知日・文書番号					精算額	仕入控除税額
1	104****001	〇〇薬局	前橋市〇〇町1-1-1	7	8	9	薬311	-XX	96,000	0
2	104****001	〇〇薬局	前橋市〇〇町1-1-1	7	10	12	薬311	-XX	63,000	0
3	104****002	△△薬局	前橋市△△町2-2	7	9	9	薬311	-XX	82,000	0
4	104****002	△△薬局	前橋市△△町2-2	7	10	14	薬311	-XX	53,000	0
5	104****003	●●薬局	前橋市●●町1234	7	9	9	薬311	-XX	138,000	0
6	104****004	▲▲薬局	前橋市▲▲町1235	7	10	4	薬311	-XX	97,000	0
7	104****005	□□薬局	前橋市□□町1236	7	10	4	薬311	-XX	78,000	0
8	104****006	■■薬局	高崎市●●町*****	7	10	4	薬311	-XX	96,000	0
9	104****007	◇◇薬局	高崎市□□町*****	7	10	4	薬311	-XX	96,000	0
10	104****008	◆◆薬局	高崎市■■町*****	7	11	7	薬311	-XX	96,000	0
11	104****009	▽▽薬局	高崎市●●町*****	7	11	7	薬311	-XX	96,000	0
12	104****010	▼▼薬局	太田市▲▲町*****	7	11	7	薬311	-XX	137,000	0
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
									1,128,000	0

施設ごとに
機関コード、施設名、所在地、交付決定通知日、
文書番号、精算額（補助金額）及び仕入控除税額（0円）を
入力してください
<例>
10施設
初期導入：8 新機能追加導入：2 同時導入：2

補助対象経費が異なると、精算額（補助金額）が同じでも
仕入控除額が異なる場合があります。

そのため、別紙概要で仕入控除額を算出したファイルを施
設ごとに保存し、添付して提出してください。

なお、補助対象経費、精算額、仕入控除額が同一の場合、
ファイルは一つでも構いません。

【返還無し】

(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

別紙記載のとおり

自動入力

4 補助事業名

令和7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

1,128,000 円

自動入力

6 仕入控除税額の概要（返還のない理由を記載すること）

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

添付書類

必ず、添付してください。なお、申告義務がない場合は不要です。

- ・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）
- ・特定収入割合が5%を超える場合は、特定収入割合の計算表
- ・その他による場合、その理由書（任意様式）

(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