

第2号様 水色のセルに 水色のセルに入力してください。

提出年月日を入力

令和8年10月●●日

群馬県知事 あて

法人にあつては、主たる事務
所所在地、法人名称、代表者
職氏名を入力

個人にあつては自宅住所、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 ○○市○○町○○丁目○○番地○
○号

名 称 株式会社○○ファーマシー

代表者 代表取締役 ○○○○

職・氏名

施設名称 ○○薬局ほか19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8月9日付け薬第311-XX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、並びに医薬品等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 2,313,000 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 28,771 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19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「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
 - ☐ 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（任意）による場合、その理由書（任意様式）を添付願います。

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)

[→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（C）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](#)
 - ☐ (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	1,194
2	104****001	〇〇薬局	前橋市〇〇町1-1-1	7	9	12	薬 311 - XX	63,000	783
3	104****002	△△薬局	前橋市△△町2-2	7	9	9	薬 311 - XX	82,000	1,020
4	104****002	△△薬局	前橋市△△町2-2	7	10	14	薬 311 - XX	53,000	659
5	104****003	●●薬局	前橋市●●町1-2-2-4	7	9	9	薬 311 - XX	138,000	1,717
6	104****004	▲▲薬局					薬 311 - XX	97,000	1,207
7	104****005	□□薬局					薬 311 - XX	78,000	970
8	104****006	■ ■ 薬局					薬 311 - XX	96,000	1,194
9	104****007	◇◇薬局					薬 311 - XX	96,000	1,194
10	104****008	◆◆薬局					薬 311 - XX	96,000	1,194
11	104****009	▽▽薬局					薬 311 - XX	96,000	1,194
12	104****010	▼▼薬局					薬 311 - XX	137,000	1,704
13	104****011	〇〇ファーマシー	太田市▽▽町*****	7	10	11	薬 311 - XX	138,000	1,717
14	104****012	△△ファーマシー	太田市▼▼町*****	7	10	11	薬 311 - XX	96,000	1,194
15	104****013	●●ファーマシー	* * 郡〇〇町大字〇〇*****	7	10	11	薬 311 - XX	138,000	1,717
16	104****014	▲▲ファーマシー	* * 郡□□町●●*****	7	10	14	薬 311 - XX	96,000	1,194
17	104****015	□□ファーマシー	* * 郡●●町□□*****	7	10	14	薬 311 - XX	96,000	1,194
18	104****016	■ ■ ドラッグ	* * 郡□□町■ ■ *****	7	10	14	薬 311 - XX	137,000	1,704
19	104****017	◇◇ドラッグ	* * 郡■ ■ 町◇◇*****	7	10	12	薬 311 - XX	137,000	1,704
20	104****018	◆◆ドラッグ	* * 郡◆◆町●●*****	7	10	12	薬 311 - XX	138,000	1,717
21	104****019	▽▽ドラッグ	* * 郡▽▽町▼▼*****	7	12	12	薬 311 - XX	138,000	1,717
22	104****020	▼▼ドラッグ	* * 郡△△町大字▼▼*****	7	12	12	薬 311 - XX	71,000	883
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							-		
								2,313,000	28,771

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）及び仕入控除税額を
入力してください
＜例＞
20施設
初期導入：12 新機能追加導入：2 同時導入：8

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税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税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、仕入控除税額が同一の場合、ファイルは一つでも構いません。

水色のセルに入力してください。

【個別対応方式】

(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

4 補助事業名

令和

一施設ごとに、別紙「精算額」（補助金確定額）を入力してください。
基本、別紙に記載した施設ごとに全ての計算が必要です。

5 補助金確定額

63,000

円

交付申請時において計上した「補助対象経費」について、各区分に該当する金額を入力してください。
なお、「補助対象経費」は「総事業費」とは異なりますのでご注意ください。

6 仕入控除税額の概要

(1) 対象経費（または補助金）の使途の内訳

令和7年8月9日付け薬第311-X号等		課税仕入			非課税仕入	合計 (D)
		課税売上対応分 (A)	非課税売上対応分 (B)	共通対応分 (C)		
経 費 の 内 訳	補助対象経費			253,000		253,000
						0
						0
						0
						0
合計		0	0	253,000	0	253,000

合計(D)欄が、補助対象経費と一致するように内訳を入力してください。↑

(2) 課税売上割合

1,523,000,000
11,125,870,000

(課税資産の譲渡等の対価の額) (E)

(資産の譲渡等の対価の額) (F)

確定申告書・課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表を参照して、
入力してください

0.136888171

(E) / (F)

0.136888171

..... (G)

(計算に使用する課税売上割

(3) 支出のうち課税仕入れの占める割合

・個別対応方式の場合

課税売上対応分 (A / D) =

0.00000000

..... (H)

共通対応分 (C / D) =

1.00000000

..... (I)

確定申告時に課税売上割合を切り捨てて計算し、
確定申告をしている場合にのみ、その割合を入力してください。
それ以外の場合は、空欄のまま。

(4) 仕入控除税額（個別対応方式）

補助金確定額 × H × 10 / 110 =

補助金確定額 × I × 10 / 110 × G =

合計 (J + K) =

0

..... (J)

783

..... (K)

783

円..... (返還額)

(5) 添付書類

必ず、添付してください

返還額となります

・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）

(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	□□□□

自動入力

自動入力

自動入力