様式第５号（第１０条関係）

年　　月　　日

八頭町長　　　　　　　　様

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

(団体にあっては、名称及び代表者の氏名)

年度八頭町地域医療介護総合確保基金事業補助金仕入控除税額報告書

　　　年　　月　　日付　第　　号により交付決定があった　　年度八頭町地域医療介護総合確保基金事業補助金について、下記のとおり報告します。

記

１　八頭町補助金等交付規則第８条に基づく交付決定額又は事業実績報告額

金　　　　　　　　　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（要町補助金返還相当額）

金　　　　　　　　　円

（注）別紙４を添付すること。