（あて先）

甲 府 市 長

医療機関 ○○○○○○
住 所 ○○○○○○
代 表 者 ○○○○○○

甲府市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための
医療機関システム改修支援事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり事業を実施したいので、甲府市小児慢性特定疾病
医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療機関システム改修支援事
業費補助金交付要綱第5第1項の規定により、補助金の交付を申請します。

1 交付申請額 金 60,000円

補助上限額は
病院：300,000円
診療所・薬局：60,000円

2 消費税の適用に関する事項（該当するもの一つに○）

(1) ☒ ア 消費税額を助成対象経費に含めないで補助所要額を算定 イ 消費税額を助成対象経費に含めて補助所要額を算定		システム改修費用の税抜 価格が補助上限額を超え る場合は、消費税を含め ずに申請してください。
(2) (1) でイを選択した理由		
ア 免税事業者である	ウ 消費税法別表第3に掲げる法人である	
イ 簡易課税事業者である	エ ア～ウ以外の者であって、消費税仕入控除 税額の報告及び返還を選択する	

3 添付書類

- (1) 補助金所要額調書（別紙様式1）
- (2) 事業計画（変更）書（別紙様式2）
- (3) 経費の積算根拠が分かる書類（見積書等）

助成対象経費に消費税を含めて申請いただく（(1)イ
に○を付けるパターン）こともできますが、仕入税額控
除の報告（第10号様式）の提出が必須になります。
仕入税額控除を受ける形で消費税を申告されている事業
者は、後日、返還が生じることがあります。
(1)アを選択（消費税を含めずに申請いただく）する
場合、この手間をなくすることができます。