第１号様式

　　令和　年　月　日

船　橋　市　長　　　　　あて

認可外保育施設職員健康診断費補助金交付申請書

住　　　所

設　置　者

保育施設名

代　表　者

電話番号

下記職員は当保育施設の職員であり、認可外保育施設職員健康診断費補助金の交付について、関係書類を添えて申請致します。

申請金額　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　員　名 | 職　　種 | 健康診断実施日 | 保育施設が  負担した費用 | 雇用期間 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日・継続中 |

消費税の適用に関する事項（該当するものに☑（チェック））

|  |  |
| --- | --- |
| ①　補助金交付額の算定 | |
|  | 消費税額を補助対象経費に含めないで補助金交付額を算定 |
|  | 消費税額を補助対象経費に含めて補助金交付額を算定  ※確定申告により仕入税額控除した消費税に係る補助金相当額が確定後、「消費税仕入控除税額報告書」の提出が必要となります。（返還額が０円の場合も含む。） |
| ②　①で「消費税額を補助対象経費に含めて補助金交付額を算定」を選択した理由 | |
|  | 免税事業者である |
|  | 簡易課税事業者である |
|  | 消費税法別表第３に掲げる法人等であって特定収入割合が５％を超える |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |