

【様式14】(企業等) 記載例

必要に応じて貴法人における決裁時の文書番号をご記入ください。(省略可能です)。また文書番号がない場合は、(文書番号)の記載を削除してください。

文書番号

AMED課題管理番号をご記入ください。

課題管理番号

令和〇年〇月〇日

国立研究開発法人日本医療研究開発機構
理事長 殿

(機関の代表者 ※代表者から権限を委任された者でも可)

住所 : 東京都千代田区大手町1-7-1
機関名 : 株式会社 AMED
役職 : 代表取締役
氏名 : 医療 太郎

印

(代表者印又は権能受任者印)

令和 年度医療研究開発推進事業費補助金 消費税及び地方消費税仕入控除税額確定報告書

下記日付は、当該課題における交付決定日（研究契約における契約締結日に相当する日）をご記入ください。また《AMED文書番号》には、弊機構から発出した交付決定通知書に記載の文書番号をご記入ください。追加交付があった場合はその旨も追加してください。

令和 年 月 日付《AMED文書番号》で交付決定を受けた令和 年度医療研究開発推進事業費補助金補助事業に係る消費税及び地方消費税仕入控除税額が確定したので、医療研究開発推進事業費補助金取扱要領第20条第1項の規定により、下記のとおり報告します。

記

1. 補助事業名 : ○○○○
(プログラム名 : ○○○○)

1. 事業名とプログラム名をご記入ください。
プログラム名がない場合は、(プログラム名 :) を削除してください。

2. 補助事業課題名 : ○○○○

2. 補助事業課題名をご記入ください。

3. 補助金（取扱要領第19条第1項による額の確定額） ○○○,○○○,○○○円

3. 当該課題における「額の確定」額をご記入ください。※ 「額の確定」額は、AMEDから発出の確定通知書でご確認ください。

4. 補助金の確定時における消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額 ○○○,○○○,○○○円

4. 当該課題における「(額の)確定時の仕入控除税額」をご記入ください。本補助事業において、収支簿を税抜き金額で提出頂いている場合は0円となります。(税込額の計上がある場合は、別途ご相談ください。)

5. 消費税及び地方消費税の確定に伴う補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額 ○○○,○○○,○○○円

5. 当該課題における「消費税等確定に伴う仕入控除税額」をご記入頂く箇所です。本補助事業において、収支簿を税抜き金額でご提出頂いている場合は0円となります。(消費税込の計上がある場合は、別途ご相談ください。)

6. 補助金返還相当額 (5. - 4.) ○○○,○○○,○○○円

6. 4及び5が0円の場合、本項目は0円となります。(消費税込の計上がある場合は、別途ご相談ください。)

(注) 様式14別紙 仕入控除税額計算表を添付すること。