

事務連絡
令和3年11月15日

〒[]区[]
[]
医療法人社団[]会
[] 代表者様

令和2年度 東京都医療機関・薬局等における新型コロナウイルス感染症
感染拡大防止等支援事業 に関する消費税仕入税額控除の報告について

平素より、東京都の感染症対策に御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
令和2年度に東京都から交付しました標記の補助金につきまして、下記のとおり御対応ください。
なお、本状と行き違いで既に御報告をいただいている場合は、何卒御容赦ください。

記

1 送付いただく書類： **消費税仕入税額控除の届出 及び 必要な添付書類**

- 各事業者の経理・会計担当の方と御相談の上、御提出ください。
- 令和2年度に当該補助金を受領した全事業者様が対象です。

2 提出期限：**令和3年12月10日 ※**

- ※ 消費税の(確定)申告時期により、上記提出期限内の御提出が困難な場合は、
申告完了後、速やかに御提出ください。

3 提出先：以下【問合せ先】のとおり（送付用ラベルを御使用ください。）

(参考)事業概要 (既に補助金交付は終了しております)

○ 補助上限額

病院(医科、歯科)	200万+5万×病床数
有床診療所(医科、歯科)	200万
無床診療所(医科、歯科)	100万
薬局、訪問看護ST、助産所	70万

○ 申請期間 令和2年12月28日

○ 対象経費

令和2年4月1日から令和3年3月31日まで
に使用した「感染拡大防止経費」「地域での医療
提供体制確保経費」等

【問合せ先】東京都 医療機関等支援金 仕入税額控除報告 事務局
東京都より下記事業者に事務処理を委託しています。
委託事業者：株式会社エイジェック 官公庁事業部
TEL:03-6820-2450(平日9:00~18:00)
※消費税仕入税額控除の詳細は、お近くの税務署等に御相談ください。

送付用ラベル ▶

- 切り取って使用。
- 切手を貼付。
- 2枚目は予備です。

〒163-0690

新宿センタービル内郵便局留

東京都医療機関等支援金

仕入税額控除報告事務局 宛

(受託事業者) 株式会社エイジェック

〒163-0690

新宿センタービル内郵便局留

東京都医療機関等支援金

仕入税額控除報告事務局 宛

(受託事業者) 株式会社エイジェック

令和 2 年度東京都医療機関等への支援金事業（都提出用）

令和 年 月 日

東京都知事 殿

所在地 _____
名称 医療法人社団 _____
(医療機関コード: _____)
代表者名等 _____
事務担当者名 _____
事務担当者連絡先 _____

消費税仕入税額控除の届出

令和 2 年 12 月 3 日付 2 福保感事第 2361 号により交付決定のあった令和 2 年度東京都医療機関・薬局等における新型コロナウイルス感染症感染拡大防止等支援金交付事業について、交付要綱中補助条件 18 に基づき消費税仕入控除額等を届出する。

記

次の 1～5 の中で、該当するものを○で囲み、さらに、5 に該当する場合は、ア、イ、ウのいずれかを○で囲み郵送により提出ください。

- 1 消費税の納税義務が免除されている（免税事業者）。
- 2 課税事業者であり、「消費税簡易課税制度」を選択している。
- 3 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）。
- 4 補助対象経費にかかる消費税を、個別対応方式において、「非課税売り上げのみに要するもの」として申告している。
→ 「消費税の（確定）申告書」の写しを添付
- 5 次のア～ウに該当する場合は、ホームページから「様式」をダウンロードし併せて提出。
→ 東京都医療機関 仕入税額控除 で検索
ア 課税売上割合が 95%以上かつ課税売上高が 5 億円以下の法人等
イ 課税売上割合が 95%未満の法人等、又は課税売上高が 5 億円を超える法人等であって、個別対応方式により消費税の申告を行っている
ウ 課税売上割合が 95%未満の法人等、又は課税売上高が 5 億円を超える法人等であって、一括比例配分方式により消費税の申告を行っている

医療機関名等に修正・変更がある場合は、該当箇所記入ください。

医療機関コード _____ 名称 _____
郵便番号 _____
所在地 _____

(記入上の注意) ※この用紙は提出不要

令和 年 月 日

作業1 書類作成日を記入してください。

助産所は、医療機関コード欄に、本事業用の識別番号を入れております。

作業2

- ・補助を受けた事業所の代表者または、管理者を記入してください。
- ・担当者のお名前と連絡先を記入してください

所在地《所在地》

名称《名称》

(医療機関コード:《医療機関コード》)

代表者名等

事務担当者名

事務担当者連絡先

税額控除の届出

《交付年月日》付2福保感事第《交付決定番号》号により交付決定のあった令和2年度東京都医療機関・薬局等における新型コロナウイルス感染症感染拡大防止等支援金交付事業について、交付要綱中補助条件18に基づき消費税仕入控除額等を届出する。

記

次の1~5の中で、該当するものを○で囲み、さらに、5に該当する場合は、ア、イ、ウのいずれかを○で囲み郵送により提出ください。

- 1 消費税の納税
- 2 課税事業者で
- 3 公益法人等で
- 4 補助対象経費

作業3

同封のフローチャートを参考に、1~5の中で、該当する番号を「○」で囲んで、提出ください。
・1~3に該当する場合は、届出書のみ提出ください。

作業4(該当者のみ)

5を「○」で囲んだ場合、ア、イ、ウのいずれか該当する文字を「○」で囲んで、提出ください。

として申告している。

→ 「消費税の納税申告書」の写しを添付

- 5 次のア~ウに該当する場合は、ホームページから「様式」をダウンロードし併せて提出。

→ 東京都医療機関 仕入税額控除 で検索

- ア 課税売上割合が95%以上かつ
- イ 課税売上割合が95%未満の法
- ウ 課税売上割合が95%未満の法

【添付書類について】

・4に該当する場合は、下記2種類を提出ください。

提出書類1 届出

提出書類2 消費税及び地方消費税の確定申告(写し)

・5に該当する場合は、下記4種類を提出

提出書類1 届出

提出書類2 第2号様式 及び 入力用シート

※ホームページよりダウンロードください。

提出書類3 消費税及び地方消費税の確定申告(写し)

提出書類4 課税売上割合・控除対象仕入れ額等の計算表

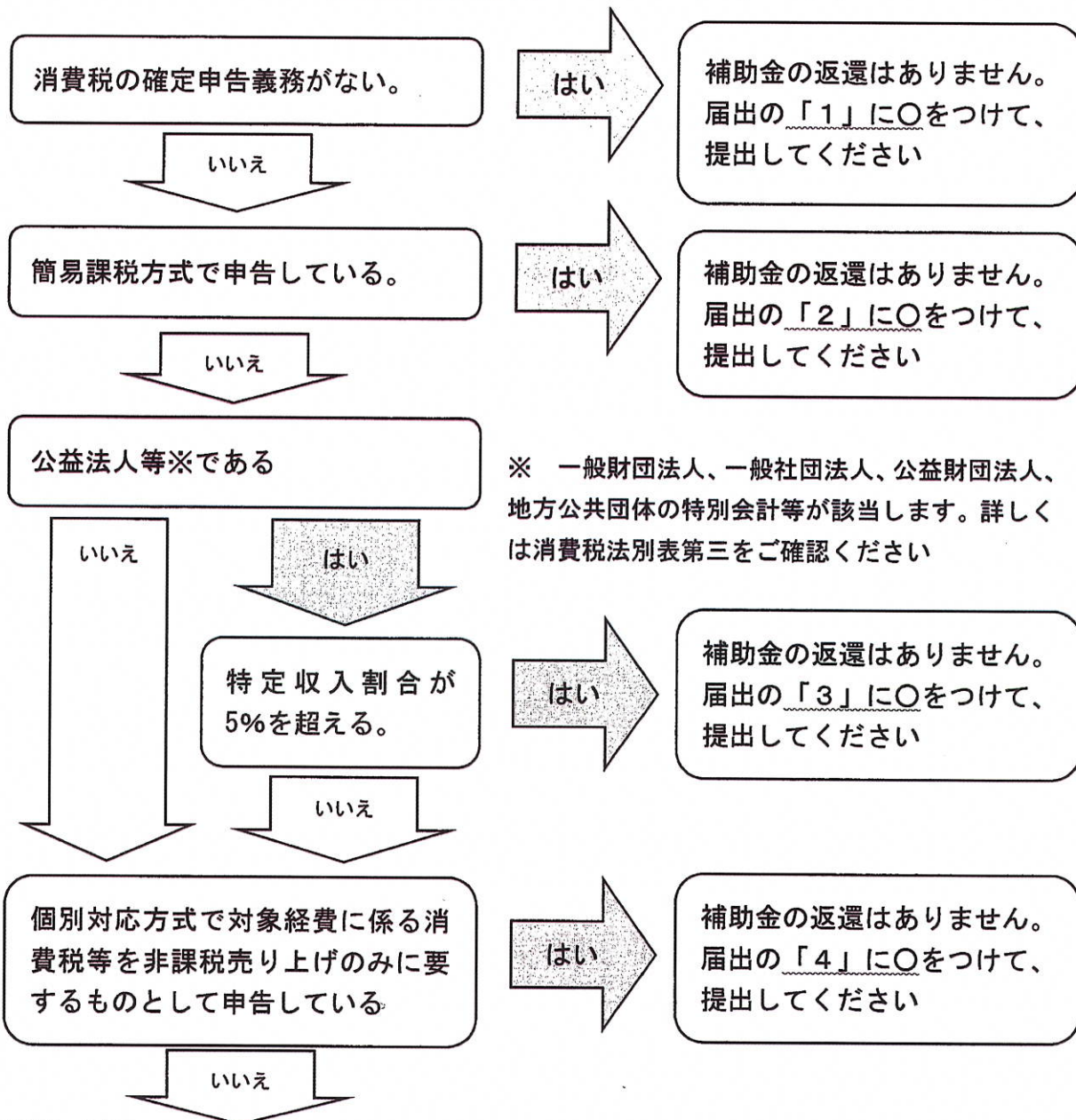
医療機関名等に修正・変更がある場合は、該

医療機関コード

郵便番号

所在地

＜仕入税額控除報告 フローチャート＞



※ 一般財団法人、一般社団法人、公益財団法人、地方公共団体の特別会計等が該当します。詳しくは消費税法別表第三をご確認ください

