（様式第６号）

第　　　号

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　　　　　　　様

（申請者）

住　所

法人名

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和　　年　　月　　日付厚第　　　号で交付決定のあった令和　　年度石川県介護未経験者採用・定着促進事業費補助金について、石川県介護未経験者採用・定着促進事業費補助金交付要綱第１７条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１ 補助金確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　金 円

３ 補助金返還相当額 　　　　　　　　　　　　　　　金 円

（注）内訳資料及びその他参考となる資料を添付してください。

発行責任者　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

担当者　　　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇