様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（あて先）前橋市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

消費税等課税区分届出書

　令和５年度前橋市社会福祉施設結核健康診断補助金の交付申請にあたり、補助事業の課税期間に係る消費税及び地方消費税の課税区分（見込み）について、下記のとおり届け出ます。

記

１　課税期間　　　　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

２　課税区分

　　該当（予定）の区分に○印を付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 課　税　区　分 | 該当 |
| (1) 免税事業者 |  |
| (2) 簡易課税事業者 |  |
| (3) 課税事業者 | ア　特定収入割合が５％超の公益法人等 |  |
| イ　一括比例配分方式 |  |
| ウ　個別対応方式 |  |
| エ　課税売上割合が９５％以上かつ課税売上高が　　５億円以下 |  |

※本届により得た情報は、当該事業に係る消費税の課税区分の確認以外に使用しません。