

おむつ使用証明書

患 者	住 所			
	氏 名	殿	性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月	日生まれ	

傷 病 名	によりおおむね6ヶ月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。
-------	--------------------------------------

治 療 状 況	入院(所)中	在宅で治療中
---------	--------	--------

必要期間	始 期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年 1 月 1 日から 終 期 (イ) 年 月まで 又は (ロ) 同年末まで ((イ)又は(ロ)のいずれかを で囲んでください)
------	--

上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____

(注) 1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。

(注) 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても(ロ)を で囲むこと。

なお、必要期間経過後において、更に治療のため、おむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。

この証明書は、おむつ代(紙おむつの購入料及び貸しおむつの賃借料をいう。以下同じ。)について医療費控除を受けるために必要です。

医療費控除を受けるためには、この証明書とおむつ代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。

おむつ代の領収書は、患者の氏名及び成人用のおむつ代であることが明記されたものであることが必要です。

(別紙1)

平成 年 月 日

平 戸 市 長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

切り取り

おむつ代医療費控除確認書

平成 年 月 日

住 所

氏 名 様

平戸市長 黒田成彦

貴方からの申し出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

平成 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (該当するものに)

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 尿失禁の発生可能性

あり

成人用のおむつ代の医療費控除証明

成人用おむつ代の医療費控除については、おむつ代の領収書とともに、医師による「おむつ使用証明書」が必要とされていますが、要介護認定を受けている方で、以下の条件を全て満たしている方には、市が発行する「主治医意見書内容確認書(別紙1)」で「おむつ使用証明書」に代えることができます。

発行する条件

1. おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降である場合
(1年目は、これまでどおり、医師による「おむつ使用証明」が必要になります。)
2. 要介護認定の際に取得した主治医意見書の内容確認について
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)がB1以上
介護に関する意見で「尿失禁」が「あり」

意見書記載事項の不備などで確認書が発行できない場合は、従来の証明書を担当医師に求めることとなります。なお、確定申告の際、おむつ代の領収書の原本はこれまでどおり必要です。

医師による証明書・・・有料

市による確認書・・・無料

おむつ代の医療費控除にかかる必要書類

医師によるおむつ使用証明書(1年目の場合は必須)

おむつ代医療費控除確認書(2年目以降の方で介護認定を受けている場合)

主治医意見書の写し(2年目以降の方で介護認定を受けている場合)

については、おむつを使用した当該年に作成されたもの