

おむつ使用証明書

患 者	住 所			
	氏 名	様	性 別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日生
傷 病 名	によりおおむね6か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 （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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 医療機関名 _____ 所 在 地 _____ 医 師 氏 名 _____ </div>				
(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におむつが必要である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。				

- ① この証明書は、おむつ代（紙おむつの購入料及び貸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。
- ② 医療費控除を受けるためには、確定申告書にこの証明書と医療費控除明細書（市役所市民税課または税務署窓口備付。国税庁 HP よりダウンロード可）を添付することが必要です。
 ※経過措置により平成29年分から31年分までの確定申告については、明細書の添付に代えて、おむつ代の領収書の添付によることができます。
- ③ 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。