

| 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 |     |       |
| 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<br>(イ)                      年    月    日から    又は    (ロ)                      年1月1日                                                  |        |     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 終 期<br>(イ)                      年    月    まで                      又は    (ロ)                      同年末まで<br>(※ (イ)又は(ロ)のいずれかを○で囲んでください。) |        |     |       |
| <p>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。</p> <p>年    月    日</p> <p>医 療 機 関 名                      _____</p> <p>所    在    地                      _____</p> <p>医 師 氏 名                      _____ (印) _____</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> |                                                                                                                                        |        |     |       |

- 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、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。
- 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。