

おむつ使用証明書

患者	住所			
	氏名	様	性別	男・女
	生年月日	(明・大・昭・平)	年	月 日
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、また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) 平成 年 月 日から または (ロ) 平成 年 1月 1日 から 終期 (イ) 平成 年 月 日まで または (ロ) 同 年 末 まで (※各々 (イ) または (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。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ 印

- (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。
- 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さら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(紙おむつの購入料およ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。
- 医療費控除を受けるためには、この証明書を確定申告書(住民税の申告書)に添付するか確定申告(住民税の申告)の際に提示し、医療費控除の明細書を確定申告書(住民税の申告書)に添付したうえで、おむつ代の領収書を保管することが必要です。
- おむつ代の領収書は、患者の氏名およ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。