

おむつ使用証明書		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
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 日まで 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。)	
<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>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名 <span style="float: right;">㊞</span></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。

## おむつ代に係る医療費控除申出書

平成 年 月 日

石巻市長 殿

申請者住所  
氏名

印

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

## おむつ代に係る医療費控除確認書

平成 年 月 日

住所  
氏名 様

石巻市長 亀山 紘

貴方からの申出に基づき、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。

- 主治医意見書の作成日  
平成 年 月 日
- 要介護認定の有効期間  
平成 年 月 日～平成 年 月 日
- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）【該当するものに○】  
B1 B2 C1 C2
- 尿失禁の発生可能性  
あり