|  |
| --- |
| 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1. 年　　月　　日から　又は（ロ）　　　　年１月１日から

終期1. 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。） |
| 上記の者は、当初の傷病により、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (注)１　証明書は、当該患者に対しての当初の傷病により、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になった場合は、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貸料をいう。以下同じ。）につ

　いて医療費控除を受けるために必要です。1. 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。1. 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。 |