お む つ 使 用 証 明 書

【 確定申告用 ： １年目の申告 】 （※病院で証明して頂いてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | 住　所 | |  | | | | |
| 氏　名 | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 傷 病 名 |  | | | | によりおおむね６ヵ月以上にわたり寝た | | |
| きり又は寝たきり状態にあると認められる。 | | |
| 治療状況 | 該当する方を〇で囲んで下さい。 | | | 入院中（入所中） | | 在宅で治療中 | |
| 必要期間 | 【 始 期 】 | | | | | | |
| （イ）　　　 年　　月　　日から | | | | （ロ）　　　 年１月１日から | | |
| 【 終 期 】 | | | | | | |
| （イ）　　　 年　　月まで | | | | （ロ）同年末まで | | |
| ※始期及び終期の（イ）又は（ロ）のいずれかを〇で囲み年月日を記入ください。 | | | | | | |
| 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。  　　　　　　　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してください。  （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、且つ、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）を〇で囲んでください。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と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行してください。 | | | | | | | |

①　この証明書は、おむつ代（紙おむつの購入費及び貸おむつの賃借料をいう。以下同じ。）

について、確定申告の際に医療費控除を受けるためのものです。

②　確定申告で当該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（申告年の1月1日から12月31日分）を確定申告書に添付する必要があります。

③　おむつ代の領収書には、上記「患者本人の氏名」、及び「成人用のおむつ代」であることが明記されてあることが必要です。