

おむつ使用証明書

患 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日			
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。）			
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				
（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。 （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。				

- ① この証明書は、おむつ代（紙おむつ購入料及び貸し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必要があります。
- 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。

国分寺市おむつ使用主治医意見書確認申請書

おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について確認願います。

対象年	年分											
おむつの医療費控除を受ける年数		1年目	・	2年目以降	※いずれかに○							
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0	0				
	氏名			生年月日								
	住所	〒 国分寺市										
		電話番号 ()										
	介護認定審査会資料の目的外利用について同意します。 被保険者氏名 (□自筆・□代筆)			左記同意欄を代筆したときは記載者を記入してください。 代筆者 続柄 ()								
申 請 者	フリガナ		続柄									
	氏名			印	電話番号	()						
	住所	〒 国分寺市										

※申請者と被保険者が異なる場合は、申請の際に続柄を証明する書類を提示してください。

〔市記入欄〕

申 請 人 確 認 欄		申 請 区 分(□ 窓口 ・ □ 郵送)	
□ 介護認定申請人 □ () 添付書類 ()			
□ 運転免許証番号 □ 健康保険証番号 (□ 第 号)			
認定 情報	年 月 日～ 年 月末まで有効 ・ 認定日 年 月 日 (要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
確認 事項	主治医意見書の作成日		年 月 日
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		□自立□J1□J2□A1□A2□B1□B2□C1□C2
	失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性あり		□あり □なし (未記入)
審査結果		□ 発行	
		□ 非該当	