

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 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年 1 月 1 日から終 期 (イ) 年 月まで 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>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>医 師 氏 名 _____</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。

- ① この証明書は、ストマ用器具代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、この証明書とストマ用器具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。

在宅介護費用証明書

下記の内容により、医師との連携の下に在宅療養のため在宅介護サービス又は訪問入浴サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名
所在地（住所）
代表者名

記

患 者	氏 名		性別	男 女
	住 所			
	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢	歳
費用負担者	氏 名		続柄	
	住 所			
傷 病 名	により寝たきり等の状態にある。			
主治医又は協力医療機関	医療機関名			
	所在地（住所）			
	医 師 氏 名			
介 護 内 容	1 在宅介護サービス ア 食事の介護 イ 排せつの介護 ウ 衣類着脱の介護 エ 入浴の介護 オ 身体の清拭、洗髪 カ 通院等の介助その他必要な身体の介護 () 2 訪問入浴サービス			
介護費用	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に領収した金額の合計額（上記 1 のアからカまでの介護及び 2 の訪問入浴サービスに係るものに限る。） 円			

(注)

1 この証明書は、在宅療養の介護費用について、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。

2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入して下さい。（保健師、助産師、看護師、准看護師（以下「看護師等」という。）の場合は記入不要）

3 なお、この証明書には、市（区）町村長の発行するホームヘルパー派遣決定通知書・訪問入浴サービス利用決定通知書、介護福祉士及び看護師等の資格証明証の写しを添付して下さい。

4 看護師等の行う療養上の世話の内容については、介護内容の欄のかっこ内に療養上の世話の内容を具体的に記載して下さい。

5 確定申告に際しては、この証明書のほかに、当該医師又は医療機関の診療等の対価に係る領収書を添付して下さい。

障害福祉サービス利用者負担額証明書

下記の内容により、医師との連携の下に在宅療養のため障害福祉サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名
所在地（住所）
代表者名

記

利 用 者	氏 名		性別	男 女
	住 所			
	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢	歳
費用負担者	氏 名		続柄	
	住 所			
主治医又は 協力医療機関	医療機関名			
	所在地（住所）			
	医 師 氏 名			
サービス内容 <div>（該当するものに○をつける。）</div>	障害福祉サービス ア 居宅介護（身体介護、通院介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。） イ 重度訪問介護（アと同様のものに限る。）又は居宅介護（日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）） ウ 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者等として支給決定を受けたものに限る。） エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様のものに限る。）			
利用者負担額	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に領収した金額の合計額（上記サービス内容に係るものに限る。） <div>円</div>			

(注)

1 この証明書は、障害福祉サービスの利用者負担額について、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。

2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入して下さい。

3 なお、この証明書には、市（区）町村の発行する障害福祉サービス受給者証の写しを添付して下さい。

4 重度訪問介護については、領収した金額に2分の1を乗じて合計額を算出して下さい。

5 重度障害者等包括支援については、サービス提供実績記録票により、提供されたサービスのうち利用者負担が発生しているものにつき、ア及びウについては利用者負担相当額を、イについては利用者負担相当額に2分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、これらを合算した額を毎月ごとに算出し、合計額を算出して下さい。