

おむつ使用証明書

患者	住所			
	氏名			
	生年月日		性別	男 ・ 女
傷病名	により概ね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	発行日から	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上

上記の者は、頭書の傷病により、現に治療を継続中であり、この為おむつの使用が必要であると証明する。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

印

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」が年をまたがる場合はその年末までに、また、「必要期間」経過後において更に治療の為おむつが必要であると認められることとなった場合は、その期間経過前に、その期間経過前に、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為に必要です。
- ② 医療費控除を受ける為には、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、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。