

医政総発0914第1号
障企発0914第1号
老総発0914第1号
平成30年9月14日

各

〔 都道府県 指定都市 〕	〔 衛生 民生 〕	主管（部）局長 殿

厚生労働省医政局総務課長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
厚生労働省老健局総務課長
(公 印 省 略)

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成18年12月26日付
け医政総発第1226001号・障企発第1226001号・老総発第1226001号）につい
て、別紙のとおり改正し、平成31年の確定申告を行う際より適用することとし
ましたので、管下市町村、関係団体等への御周知の程よろしく願いいたしま
す。

なお、本通知の内容については、国税庁の了解済みですので申し添えます。

○おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成 18 年医政総発第 1226001号障企発第 1226001号老総第 1226001号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>二 留意点</p> <p>1. 上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年、<u>その前年又はその前々年</u>（現に受けている要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B1、B2、C1、又はC2」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。</p> <p>4. おむつを使用した当該年の前年又は前々年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">(別紙1)</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>〇〇市(町村)長様</p> <p>確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 被保険者番号</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>住所</p> </div>	<p>二 留意点</p> <p>1. 上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年又はその前年（現に受けている要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B1、B2、C1、又はC2」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。</p> <p>4. おむつを使用した当該年の前年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">(別紙1)</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>〇〇市(町村)長様</p> <p>確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 被保険者番号</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>住所</p> </div>

氏名

様

〇〇市（町村）長

貴方からの申出に基づき、平成 年 に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日
平成 年 月 日
2. 要介護認定の有効期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに〇）
B 1 B 2 C 1 C 2
4. 尿失禁の発生可能性
あり

氏名

様

〇〇市（町村）長

貴方からの申出に基づき、平成 年 に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日
平成 年 月 日
2. 要介護認定の有効期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
3. 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに〇）
B 1 B 2 C 1 C 2
4. 尿失禁の発生可能性
あり

（別紙2）

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

①おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年に作成されたものであること。

（別紙2）

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

①おむつを使用した当該年 又はその前年に作成されたものであること。