

## おむつ代に係る費用の医療費控除の取扱いに関する事務取扱要領

### 1 趣旨

この要領は、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成14年7月1日付け医政総発第0701001号・障企発0701001号・老総発第0701001号各都道府県指定都市主管（部）局長宛て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連名通知）に基づくおむつ代に係る医療費控除確認書（様式第1号。以下「確認書」という。）の交付に係わる事務の取扱いに関し必要な事項を定める。

### 2 事業内容

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく要介護認定に係る主治医意見書（以下「意見書」という。）を用いて、次項に掲げる対象者に対し、確認書を交付する。

### 3 対象者

市内に住所を有するおむつ代の医療費控除が2年目以降の者で、法の規定に基づき要介護等認定申請（更新又は変更申請を含む。）を行ったものとする。

### 4 申請

- (1) 確認書の交付を受けようとする者は、おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書（様式第1号）により住所地の区長に申請しなければならない。その際、介護保険被保険者証又は資格者証及び前年の確定申告関係書類（確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書をいう。）の写しを提示しなければならない。
- (2) 前年の確定申告関係書類の写しが提示できない場合は、申出書（様式第2号）を添付しこれに代えることができる。

### 5 確認書の交付

区長は、4の申請を受けたときは、申請者の確定申告期間に係る要介護等認定申請時の意見書の記載内容を確認し、当該意見書の記載内容が次の全ての項目に該当する場合に限り確認書を交付する。

- (1) 主治医意見書がおむつを使用した年に作成されていること。  
ただし、現に受けている要介護認定の有効期間が13ヵ月以上であり、主治医意見書がおむつを使用した年に作成されていない場合は、現に受けている要介護認定の主治医意見書で確認すること。
- (2) 「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のいずれかであること。
- (3) 「尿失禁発生可能性」の記載が「あり」であること。

### 6 主治医の意思の確認

- (1) 区長は、確認書の交付に係る意見書が市外の主治医により作成されたものであるときは、主治医意見書記載内容の転記に関する照会書（様式第3号）により当該主治医に照会のうえ、主治医意見書記載内容の転記に関する回答書（様式第4号）により当該確認書の交付について同意を得なければならない。
- (2) (1)の照会は、4(1)の規定による申請があった場合で、当該申請に係る主治医意見書の記載内容が5の要件を満たすときに行うものとする。

#### 附 則

この要領は、平成14年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要領は、平成22年12月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

(あて先)  
 千葉市 区長

確定申告に使用するのので、主治医意見書のうち、 年に使用したおむつ代の医療費控除の  
 証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

被保険者番号													
被保険者氏名												※本人申請の場合は、印不要	
住 所													
代理人による申請の場合は、 代理人氏名											⑩	本人との 関係	
代理人住所													

以下、申請者（被保険者本人または代理人）の連絡先を記載してください。

連絡先電話番号												
連絡先電子メールアドレス												@

(注意) これ以降は、記入しないでください。

おむつ代に係る医療費控除確認書

年 月 日

住所  
 氏名 様 千葉市 区長 印

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関する、貴方の主治医意見書の記載内容は、下記のとおりであることを確認します。

記

- 1 主治医意見書の作成日  
 年 月 日
- 2 要介護認定有効期間  
 年 月 日 ~ 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○)  
 B 1 B 2 C 1 C 2
- 4 尿失禁の発生可能性  
 あり

(問い合わせ先)  
 ○○保健福祉センター  
 高齢障害支援課 介護保険室  
 電話 043—○○○—○○○○

申 出 書

(あて先)  
千葉市 区長

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を受けるにあたり、前年の確定申告書の写し等を添付できませんので、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降であることに誤りがないことを申し出ます。

年 月 日

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

被保険者番号\_\_\_\_\_

主治医意見書記載内容の転記に関する照会書

年 月 日

様

千 葉 市 区 長 印

本市では、おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降であり、「主治医意見書」（以下「意見書」）が、おむつを使用した当該年に作成され（ただし、現に受けている要介護認定の有効期間が13ヵ月以上であり、意見書がおむつを使用した年に作成されていない場合は、現に受けている要介護認定の意見書を使用する。）、意見書の内容において、「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」であり、かつ意見書の「尿失禁発生可能性」の記載が「あり」であることが確認される者から証明を求められた場合に、意見書の一部の内容を転記したおむつ代に係る費用の医療費控除を受けることが出来る確認書を交付しているところです。

今般下記の被保険者に係る意見書の内容について確認書の交付申請がありましたので、同封の意見書の内容について確認書に転記し交付することの適否についてご意見を伺います。

つきましては、同封の「主治医意見書記載内容の転記に係る回答書」にご記入のうえ、  
年 月 日までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

記

被保険者 住所  
氏名  
被保険者番号  
主治医意見書記載年月日 年 月 日

添付書類 要介護認定における主治医意見書の写し

主治医意見書記載内容の転記に関する回答書

年 月 日

(あて先) 千葉市 区長

医療機関

所在地

医療機関名

主治医氏名

電話番号

( )

—

年 月 日付で貴職から照会のありました被保険者 \_\_\_\_\_  
に係る「主治医意見書」に記載されている内容を「おむつ代に係る医療費控除確認書」に  
転記し交付することについて下記のとおり回答します。

記

※ 該当する番号を○で囲んでください。

- 1 同意する
- 2 同意しない (その理由を下に書いてください。)