

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か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。)			
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 医師氏名 _____ (印) </div>				

- 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。