

改正後（抄）	改正前（抄）
<p style="text-align: center;">医療費控除の対象となる在宅療養の介護費用の証明について</p> <p>平成2年7月27日老福第145号</p> <p>各 〔都道府県〕 〔指定都市〕 〔民生〕 〔衛生〕 主管部（局）長 宛</p> <p style="text-align: right;">厚生省大臣官房老人保健福祉部 老人福祉課長 厚生省健康政策局総務課長 厚生省社会局庶務課長 厚生省社会局更生課長 厚生省児童家庭局障害福祉課長</p> <p>前文 略 記</p> <p>1及び2 略</p> <p>3 在宅介護サービスの内容</p> <p>(1)～(6) 略</p> <p>(7) 居宅介護</p> <p style="padding-left: 20px;">ア 身体介護</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>イ 乗降介助</u></p> <p style="padding-left: 20px;"><u>ウ</u> 日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）</p> <p>(8) 略</p> <p>4及び5 略</p> <p>(別紙) 在宅介護費用証明書 略</p> <p>居宅生活支援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居宅生活支援サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業者名 所在地(住所) 代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	<p style="text-align: center;">医療費控除の対象となる在宅療養の介護費用の証明について</p> <p>平成2年7月27日老福第145号</p> <p>各 〔都道府県〕 〔指定都市〕 〔民生〕 〔衛生〕 主管部（局）長 宛</p> <p style="text-align: right;">厚生省大臣官房老人保健福祉部 老人福祉課長 厚生省健康政策局総務課長 厚生省社会局庶務課長 厚生省社会局更生課長 厚生省児童家庭局障害福祉課長</p> <p>前文 略 記</p> <p>1及び2 略</p> <p>3 在宅介護サービスの内容</p> <p>(1)～(6) 略</p> <p>(7) 居宅介護</p> <p style="padding-left: 20px;">ア 身体介護</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>イ</u> 日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）</p> <p>(8) 略</p> <p>4及び5 略</p> <p>(別紙) 在宅介護費用証明書 略</p> <p>居宅生活支援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居宅生活支援サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業者名 所在地(住所) 代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>

記

利用者	氏名		性別	男	女
	住所				
	生年月日	明大昭平	年	月	日
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 (1)又は(2) の該当するものに ○をつける。	居宅生活支援サービス (1) 居宅介護 ア 身体介護 イ <u>乗降介助</u> ウ 日常生活支援(身体介護に係る部分に限る。) (2) 短期入所(ただし、市町村により加算決定された遷延性意識障害者加算等に係る部分に限る。)				
利用者負担額	平成 年 月 日から平成 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。) 円				

- (注) 1 この証明書は、居宅生活支援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)町村の発行する居宅受給者証の写しを添付してください。
 4 日常生活支援については、領収した金額に2分の1を乗じて合計額を算出してください。

記

利用者	氏名		性別	男	女
	住所				
	生年月日	明大昭平	年	月	日
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 (1)又は(2) の該当するものに ○をつける。	居宅生活支援サービス (1) 居宅介護 ア 身体介護 イ <u>日常生活支援</u> (身体介護に係る部分に限る。) (2) 短期入所(ただし、市町村により加算決定された遷延性意識障害者加算等に係る部分に限る。)				
利用者負担額	平成 年 月 日から平成 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。) 円				

- (注) 1 この証明書は、居宅生活支援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)町村の発行する居宅受給者証の写しを添付してください。
 4 日常生活支援については、領収した金額に2分の1を乗じて合計額を算出してください。