（別紙）

おむつ使用証明書				
患者	住所			
	氏名			
	生年月日			
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	発行日から	6か月未満	6か月以上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、このためおむつの使用が必要であることを証明する。

昭和　　年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

㊟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。

㊟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ためおむつが必要と認められることとなった場合は、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。