

砺介組業第 97 号

令和 2 年 12 月 21 日

砺波市医師会長 様

砺波地方介護保険組合
理事長 夏野 修



おむつに係る費用の医療費控除の取り扱いについて

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より、当組合の介護保険事業に多大なご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、標記の件についてですが厚生労働省の通知に基づき、当組合管内で別紙のとおり対応をいたしたいと存じます。

貴会及び会員の皆さまにおかれましては、ご理解を賜り、事業内容を周知くださるよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

事務担当

業務課 立野

電話 0763-34-8333

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いに係る確認書類の発行について

砺波地方介護保険組合

1 概 要

- ① おむつ代が医療費控除の対象として認められるためには、毎年の確定申告の際に、寝たきり状態であること、及び治療上おむつの使用が必要であることについて、医師が発行したおむつ使用証明書が必要である。

しかし、この医療費控除を受けるのが、2年目以降である者については、要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類（主治医意見書確認結果通知）により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できればよい。

そこで、当通知を該当者に発行する。

- ② 該当となるのは、主治医意見書の内容が、次の(1)～(3)の全てを満たしている場合である。

(1) 主治医意見書作成日が令和2年中である。（ただし、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、令和2年に主治医意見書が発行されていない場合については、主治医意見書作成日が平成30年または31年、令和元年中。）

(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、C2」のいずれかである。

(3) 「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」である。

- ③ 複数の主治医意見書がある場合は、最新作成分について確認する。

- ④ 該当しない場合は、発行しない。

2 対象者 要介護認定を受けている方または、認定申請中の方

3 手数料 300円

4 申請場所 各市 介護保険担当課

5 持参するもの 介護保険被保険者証、印鑑

※原則本人申請であるが、代理人の申請の場合は代理人の身分確認ができるもの

(被保険者番号)

砺波地方介護保険組合
 理事長 夏野 修

令和2年中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、貴殿の主治医意見書を確認したところ以下のとおりです。

主治医意見書作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B 1 B 2 C 1 C 2
尿失禁の発生可能性	あ り

令和 3 年 月 日

申請者

住所

氏名 様

砺波地方介護保険組合

理事長 夏野 修

主治医意見書確認結果通知

令和 2 年中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、下記被保険者の主治医意見書を確認したところ以下のとおりです。

被保険者

住所

氏名 様

(被保険者番号)

主治医意見書作成日	年 月 日
要介護認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	B 1 B 2 C 1 C 2
尿失禁の発生可能性	あ り

医政総発第 0701001 号
障 企 発第 0701001 号
老 総 発第 0701001 号
平成 1 4 年 7 月 1 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



おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて

標記については、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（昭和 62 年 12 月 18 日付け健政発第 659 号・健医発第 1376 号・社老第 128 号・保文発第 851 号国税庁長官宛て厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長・保険局長連名照会）、及び同（昭和 62 年 12 月 24 日付け直所 3-11 国税庁次長回答）により示されていたところです。

これによると、おむつ代が医療費控除の対象として認められるために

は、毎年の確定申告の際に、寝たきり状態にあること、及び治療上おむつの使用が必要であることについて、医師が発行したおむつ使用証明書が必要とされていきました。

今般、この取扱いが、「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 6 月 18 日付け医政発第 0618007 号・障発第 0618001 号・老発第 0618001 号・保発第 0618001 号国税庁課税部長宛て厚生労働省医政局長・社会・援護局障害保健福祉部長・老健局長・保険局長連名照会）（別添 1）、及び同（平成 14 年 6 月 25 日付け課個 2-13 国税庁課税部長回答）（別添 2）により変更されました。

その概要等は下記のとおりですので、管下市町村、関係団体等への御周知の程よろしくお願いいたします。

記

一 概要

おむつ代について医療費控除を受けるのが 2 年目以降である者については、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、

① 市町村が介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、

又は、

② 主治医意見書の写し

により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。

二 留意点

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に作成さ

れた主治医意見書であり、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B 1、B 2、C 1、又はC 2」（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。

2. 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」については、2年目以降であり、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に、発行すること。

また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられるので、市町村においては参考にされたいこと。

3. 上記一の②の「主治医意見書の写し」について、おむつ代の医療費控除の証明に利用できないものである場合には、利用者にその旨を説明し、おむつ代の医療費控除の証明のための主治医意見書の写しの発行は行わないこと。

医政総発第 1226001 号

障 企 発第 1226001 号

老 総 発第 1226001 号

平成 18 年 12 月 26 日

各

<table border="0"><tr><td>都道府県</td></tr><tr><td>指定都市</td></tr></table>	都道府県	指定都市	<table border="0"><tr><td>衛生</td></tr><tr><td>民生</td></tr></table>	衛生	民生	主管（部）局長 殿
	都道府県					
指定都市						
衛生						
民生						

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

「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 14 年 7 月 1 日
付け医政総発第 0701001 号・障企発第 0701001 号・老総発第 0701001 号）につ
いて、別紙のとおり改正し、平成 18 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た
します。

改 正 後	改 正 前
二 留意点 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「B 1、B 2、C 1、又は C 2」（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。 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、<u>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。</u>	二 留意点 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に作成された主治医意見書であり、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B 1、B 2、C 1、又は C 2」（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。
（別紙 1） 平成 年 月 日 〇〇市（町村）長 様 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。 住所 氏名 被保険者番号 平成 年 月 日	（別紙 1） 平成 年 月 日 〇〇市（町村）長 様 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。 住所 氏名 被保険者番号 平成 年 月 日

住所 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○） B 1 B 2 C 1 C 2 4. 尿失禁の発生可能性 あり	住所 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. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○） B 1 B 2 C 1 C 2 3. 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又はその前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に作成されたものであること。

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 $\left[\begin{array}{c} \text{都道府県} \\ \text{指定都市} \end{array} \right] \left[\begin{array}{c} \text{衛生} \\ \text{民生} \end{array} \right] \text{主管（部）局長 殿}$

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お願いいたしま
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。

改 正 後	改 正 前
二 留意点 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。 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。	二 留意点 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。 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。
（別紙1） 平成 年 月 日 〇〇市（町村）長 様 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。 住所 氏名 被保険者番号 平成 年 月 日 住所	（別紙1） 平成 年 月 日 〇〇市（町村）長 様 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。 住所 氏名 被保険者番号 平成 年 月 日 住所

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○） B1 B2 C1 C2 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○） B1 B2 C1 C2 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、<u>その前年又はその前々年</u>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 <u>又はその前年</u>に作成されたものであること。