

医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領

平成 19 年 12 月 25 日 制定

平成 20 年 12 月 25 日 一部改正

令和 2 年 2 月 25 日 一部改正

令和 4 年 3 月 8 日 一部改正

令和 6 年 12 月 6 日 一部改正

[ 保健福祉部介護保険課 ]

(趣旨)

第 1 条 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、障企発第 0701001 号及び老総発第 0701001 号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及び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（以下「確認書」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 確認書の交付の対象となる者は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第19条第 1 項に規定する要介護認定又は同条第 2 項に規定する要支援認定（この条において「要介護認定等」という。）を受けている者で、次の各号 (1) 又は (2) に掲げる区分に応じて、それぞれ (1) 又は (2) に掲げる要件を満たす者とする。

(1) おむつ代について医療費控除を受けるのが 1 年目である者

その者がおむつを使用した当該年に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して 6 か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係るすべてのもの）の記載が次のとおりであること。

ア 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 のいずれかであること。

イ 「失禁への対応」としてカテーテルを使用していること又は「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針」の記載が尿失禁の発生可能性が「あり」とされていること。

※ 上記の要件を満たす主治医意見書に係る要介護認定の有効期間（当該年以降のものに限る。）における使用に係るおむつ代のみ医療費控除の対象として認められること。

(2) 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

おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13か月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治医意見書）の記載において、上記 (1) に掲げる事項の記載があること。

(申請)

第 3 条 確認書の交付申請をしようとする者は、市長に対して、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書（第 1 号様式）を提出しなければならない。この場合において、第 2 条の (2) の区分に該当する者は、前年分の確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書の写しを提示しなければならない。

2 第 2 条の (2) の区分に該当する者で、前項後段に規定する提示をすることができない場合は、申出書（第 2 号様式）を添付し、これに代えることができる。

3 第 1 項の規定による申請は、対象者本人又は当該対象者と生計を一にする配偶者若しくはその他の親族が行わなければならない。この場合において、対象者本人以外の者が申請するときは、対象

者本人（対象者本人が死亡している場合にあっては申請者）の同意を得なければならない。ただし、対象者本人が死亡している場合は申請者の同意とする。

（確認書等の交付）

第4条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、第2条各号の要件を満たしていると認めたときは確認書としておむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書（第3号様式）を交付し、要件を満たしていないと認めたときはおむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書非該当通知書（第4号様式）を交付する。

（費用）

第5条 確認書等の交付に要する費用は、無料とする。

（その他）

第6条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、平成19年12月25日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、平成20年12月25日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、令和2年2月25日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、令和4年3月8日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

（施行期日）

1 この要領は、令和6年12月6日から施行し、令和7年に確定申告を行う際より適用する（ただし、令和6年以降の年分に係る申告に限る。）。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

第 1 号様式（第 3 条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

年 月 日

郡山市長

住所  
申請者  
氏名

被保険者との関係

確定申告に使用するので、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に必要な事項について、確認願います。

|                                                                           |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|------------|-------|--|--|--|
| 被 保 険 者                                                                   | 住 所 |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
|                                                                           | 氏 名 |  |  |  |  |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |  |  |  |
| 被 保 険 者 番 号                                                               |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| 同 意 書                                                                     |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| 私は、郡山市が保有する私の個人情報を、上記の申請に際し、主治医意見書から必要な事項を確認することに同意します。                   |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| 被保険者氏名<br>(被保険者が死亡している場合は申請者)                                             |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| ※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）                                               |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| 1 年 目      ・      2 年 目 以 降                                               |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| 特記事項（2 年 目 以 降）                                                           |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 前年分の確定申告書の写し <input type="checkbox"/> 前年分の確認書の写し |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 前年分のおむつ使用証明書の写し                                  |     |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |

第 2 号様式（第 3 条関係）

申 出 書

年 月 日

郡山市長

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を申請するにあたり、前年の確定申告の写し等を添付することができませんので、おむつ代の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いたします。

住所

申請者

氏名

被保険者との関係 （ ）

被保険者氏名

被保険者番号 （ ）

第 3 号様式（第 5 条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書

年 月 日

申請者 住所  
氏名

郡山市長

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、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した。

記

|                                                                                                                      |                                      |                                              |           |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|-------|
| 申請者                                                                                                                  | 住所                                   |                                              | 氏名        |       |
| 被保険者                                                                                                                 | 住所                                   |                                              |           |       |
|                                                                                                                      | 氏名                                   |                                              | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |
| 確認事項                                                                                                                 | 1 主治医意見書の作成日                         | 年 月 日                                        |           |       |
|                                                                                                                      | 2 要介護認定の有効期間                         | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                         |           |       |
|                                                                                                                      | 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○）<br>B 1      B 2      C 1      C 2 |           |       |
|                                                                                                                      | 4 失禁への対応としての<br>カテーテルの使用又は尿失禁の発生の可能性 | あり                                           |           |       |
| ※ 確認事項 2 について、おむつ代の医療費控除を受けるのが 1 年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）のすべてを合算した期間 |                                      |                                              |           |       |

第 4 号様式（第 5 条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書非該当通知書

年 月 日

申請者 住所  
氏名

郡山市長

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、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した。

記

|        |     |  |           |       |
|--------|-----|--|-----------|-------|
| 申請者    | 住 所 |  | 氏 名       |       |
| 被保険者   | 住 所 |  |           |       |
|        | 氏 名 |  | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |
| 非該当の理由 |     |  |           |       |
|        |     |  |           |       |