

## おむつ代に係る費用の医療費控除の取扱いに関する事務取扱要領

### 1 趣旨

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0701001号・老総発第0701001号各都道府県指定都市主管（部）局長宛て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連名通知）に基づくおむつ代に係る医療費控除確認書（様式第1号。以下「確認書」という。）の交付に係る事務の取扱いに関し必要な事項を定める。

### 2 事業内容

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく要介護・要支援認定（以下「要介護認定」という。）に係る主治医意見書（以下「意見書」という。）を用いて、次項に掲げる対象者に対し、確認書を交付する。

### 3 対象者

#### （1）令和6年以降の年分に係る確定申告をする場合

おむつ代の医療費控除を受ける本市の被保険者（又は該当年に本市の被保険者であった者）で、法の規定に基づき要介護認定申請（更新又は変更申請を含む。以下同じ。）を行い、要介護認定を受けた者とする。

#### （2）令和5年以前の年分に係る確定申告をする場合

おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降の本市の被保険者（又は該当年に本市の被保険者であった者）で、法の規定に基づき要介護認定申請を行い、要介護認定を受けた者とする。

### 4 申請

#### （1）令和6年以降の年分に係る確定申告をする場合

確認書の交付を受けようとする者は、おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書（様式第1号）により区長に申請しなければならない。その際、介護保険被保険者証又は資格者証の写しを提示しなければならない。

#### （2）令和5年以前の年分に係る確定申告をする場合

ア 確認書の交付を受けようとする者は、おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書（様式第1号）により区長に申請しなければならない。その際、介護保険被保険者証又は資格者証及び前年の確定申告関係書類（確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書をいう。）の写しを提示しなければならない。

イ 前年の確定申告関係書類の写しが提示できない場合は、申出書（様式第2号）を添付しこれに代えることができる。

### 5 確認書の交付

区長は、4の申請を受けたときは、申請者の確定申告期間に係る要介護認定申請時の意見書の記載内容を確認し、当該意見書の記載内容が次の全ての項目に該当する場合に限り確認書を交付する。

#### （1）令和6年以降の年分に係る確定申告をする場合

ア 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

(ア) 意見書がおむつを使用した当該年に現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あたり作成されたものであること。ただし、複数の要介護認定に係る有効期間を合算する場合は、当該複数の意見書が全て以下（イ）及び（ウ）の要件を満たすこと。

(イ)「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のいずれかであること。

(ウ)「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尿失禁が「現在あるか又は今後発生の可能性の高い状態」であること。

イ 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

(ア) 意見書がおむつを使用した年に作成されていること。

ただし、現に受けている要介護認定の有効期間が13ヵ月以上であり、意見書がおむつを使用した年に作成されていない場合は、現に受けている要介護認定の意見書で確認すること。

(イ)「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のいずれかであること。

(ウ)「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尿失禁が「現在あるか又は今後発生の可能性の高い状態」であること。

(2) 令和5年以前の年分に係る確定申告をする場合

ア 意見書がおむつを使用した年に作成されていること。

ただし、現に受けている要介護認定の有効期間が13ヵ月以上であり、意見書がおむつを使用した年に作成されていない場合は、現に受けている要介護認定の意見書で確認すること。

イ 「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のいずれかであること。

ウ 「尿失禁発生可能性」の記載が「あり」であること。

## 6 主治医の意思の確認

(1) 区長は、確認書の交付に係る意見書が市外の主治医により作成されたものであるときは、主治医意見書記載内容の転記に関する照会書（様式第3号）により当該主治医に照会のうえ、主治医意見書記載内容の転記に関する回答書（様式第4号）により当該確認書の交付について同意を得なければならない。

(2) (1)の照会は、4の規定による申請があった場合で、当該申請に係る意見書の記載内容が5の要件を満たすときに行うものとする。

附 則

この要領は、平成14年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

1 この要領は、平成22年4月1日から施行する。

- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要領は、平成22年12月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要領は、令和6年10月10日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

おむつ代に係る医療費控除確認書交付申請書

年 月 日

(あて先)  
千葉市 区長

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。

被保険者番号											
被保険者氏名	(署名または記名押印)										
住 所									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
代理人による申請の場合は、代理人氏名	(署名または記名押印)								本人との関係		
代理人住所											

以下、申請者(被保険者本人又は代理人)の連絡先を記載してください。

電話番号	電子メールアドレス
	@

(注意) これ以降は、記入しないでください。

おむつ代に係る医療費控除確認書

年 月 日

住所

氏名 様

千葉市 区長



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関する、貴方の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す。

記

- 主治医意見書の作成日  
※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載。  
年 月 日
  - 要介護認定有効期間  
※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。)の全てを合算した期間  
年 月 日 ~ 年 月 日
  - 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)(該当するものに○)  
※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつける。  
B 1 B 2 C 1 C 2
  - 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性  
あり
- ※ 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

(問い合わせ先)  
〇〇保健福祉センター  
高齢障害支援課 介護保険室  
電話 043-〇〇〇-〇〇〇〇

申 出 書

(あて先)  
千葉市 区長

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を受けるにあたり、前年の確定申告書の写し等を添付できませんので、おむつ代に係る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ます。

年 月 日

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

被保険者番号\_\_\_\_\_

主治医意見書記載内容の転記に関する照会書

年 月 日

様

千 葉 市 区 長

印

本市では、「主治医意見書」（以下「意見書」）が、おむつを使用した当該年に作成され（ただし、現に受けている要介護認定の有効期間が13ヵ月以上であり、意見書がおむつを使用した年に作成されていない場合は、現に受けている要介護認定の意見書を使用する。）、意見書において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」が「B1、B2、C1、又はC2」であり、かつ「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「尿失禁」が「現在あるか又は今後発生の可能性の高い状態」であることが確認される者からおむつ代に係る医療費控除の証明に必要な事項の確認を求められた場合に、意見書の一部の内容を転記した確認書を交付しているところです。

今般下記の被保険者に係る意見書の内容について確認書の交付申請がありましたので、同封の意見書の内容について確認書に転記し交付することの適否についてご意見を伺います。

つきましては、同封の「主治医意見書記載内容の転記に係る回答書」にご記入のうえ、  
年 月 日までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

記

被保険者 住所

氏名

被保険者番号

主治医意見書記載年月日 年 月 日

添付書類 要介護認定における主治医意見書の写し

主治医意見書記載内容の転記に関する回答書

年 月 日

(あて先) 千葉市 区長

医療機関

所在地

医療機関名

主治医氏名

電話番号

( )

—

年 月 日付で貴職から照会のありました被保険者 \_\_\_\_\_  
に係る「主治医意見書」に記載されている内容を「おむつ代に係る医療費控除確認書」に  
転記し交付することについて下記のとおり回答します。

記

※ 該当する番号を○で囲んでください。

- 1 同意する
- 2 同意しない (その理由を下に書いてください。)