

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

〔 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
(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。

○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 年医政総発第 1226001号障企発第 1226001号老総第 1226001号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>二 留意点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p style="text-align: right;">(別紙1)</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>〇〇市(町村)長様</p> <p>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用費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 被保険者番号</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>住所</p> </div>	<p>二 留意点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p style="text-align: right;">(別紙1)</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>〇〇市(町村)長様</p> <p>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用費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 被保険者番号</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>住所</p> </div>

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）（該当するものに〇）
B 1 B 2 C 1 C 2
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）（該当するものに〇）
B 1 B 2 C 1 C 2
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、その前年又はその前々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 又はその前年に作成されたものであること。

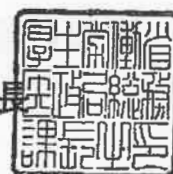
医政総発第 0701001 号
障 企 発第 0701001 号
老 総 発第 0701001 号
平成 14 年 7 月 1 日

各

都道府県	衛生
指定都市	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「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。

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。



別添 1

医政発第0618007号
障 発第0618001号
老 発第0618001号
保 発第0618001号
平成14年6月18日

国 税 庁 課 税 部 長 殿

厚 生 労 働 省 医 政 局 長

厚 生 労 働 省 社 会 ・ 援 護 局 障 害 保 健 福 祉 部 長

厚 生 労 働 省 老 健 局 長

厚 生 労 働 省 保 険 局 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)により取り扱われているところである。

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る。

一方、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定の申請をした者については、当該申請を受理した市町村（広域連合、一部事務組合を含む。以下同じ。）が、その者の主治の医師に対して、その者の疾病、負傷の状況等について意見（主治医意見書）を求めることとされている。

その際、前年におむつ代について医療費控除を受けた者であって、その翌年、この主治医意見書の記載により、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るものについては、当該年においても、寝たきり状態、及び治療上おむつの使用が必要な状態が、継続していることが認められると考えられる。

については、下記一の者のおむつに係る費用については、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、下記二の手続により、医療費控除の対象として認められると解されるが、貴庁の見解を承りたく照会する。

記

一 対象者

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

二 手続

1. 以下の書類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。

ア 市町村が主治医意見書の内容を確認した書類、又は主治医意見書の写し

イ おむつ代の領収書

2. 1のアについては、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「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。

3. 1のアの「市町村が主治医意見書の内容について確認した書類」については、市町村が、本人の申出に基づき、主治医意見書の以下の事項を記載した書類であること。

① 主治医意見書の作成日

② 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

③ 尿失禁の発生可能性

（別紙1・・・様式例）

4. 1のアの「主治医意見書の写し」については、要介護認定のために作成された主治医意見書の写しであることが分かるものであること（原本の写しであることや写しの発行者、発行日が明記されていること等）。

（別紙2・・・「主治医意見書」の様式）

5. 本手続による証明が認められるのは、平成14年に使用したおむつ代分（平成15年に確定申告する分）からであること。

(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

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○)

B1 B2 C1 C2

3. 尿失禁の発生可能性

あり

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) ----- 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女 〒 - 連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
医師氏名	-----	電話 ()
医療機関名	-----	FAX ()
医療機関所在地	-----	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上	
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられ <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ない <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

②「B1～C2」(寝たきり)であること。

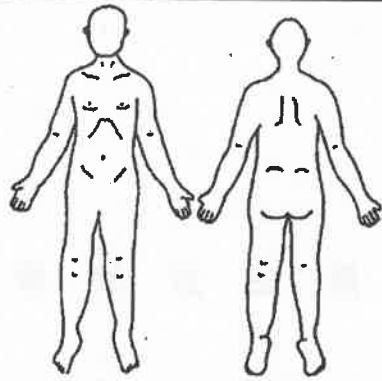
(4) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
(有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
利き腕 (右 左) 体重 = kg 身長 = cm

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重

関節の拘縮 ・ 肩関節 右 左 ・ 股関節 右 左
・ 肘関節 右 左 ・ 膝関節 右 左
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・ 体幹 右 左
・ 下肢 右 左

凡例



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 **③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。** (引いて下さい)
訪問診療 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
・ 血圧について 特になし あり ()
・ 嚥下について 特になし あり ()
・ 摂食について 特になし あり ()
・ 移動について 特になし あり ()
・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

写

別添 2

課 個 2 - 1 3

平成 14 年 6 月 25 日

厚生労働省

医 政 局 長

社会・援護局障害保健福祉部長

殿

老 健 局 長

保 険 局 長

国 税 庁 課 税 部 長

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 日付医政発第 0618007 号、障発第 0618001 号、老発第 0618001 号及び保発第 0618001 号照会に対する回答）

標題のことについては、貴見のとおりで差し支えありません。

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

〔 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」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。

○ 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年医政総発第0701001号 障企発第0701001号 老総第0701001号）（抄）
 （傍線の部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>二 留意点</p> <p>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^{（別紙1）}の代わりとして認められること。</p> <p>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></p>	<p>二 留意点</p> <p>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「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。</p>
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>（別紙1）</p> <p>住所 氏名 被保険者番号</p> <p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>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用費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。</p>	<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>（別紙1）</p> <p>住所 氏名 被保険者番号</p> <p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>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用費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。</p>

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 月 日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

主治医意見書

(別紙 2)

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。

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

主治医意見書

(別紙 2)

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。