

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御 中

← 厚生労働省 総務課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

押印を求めている国税関係手続きに
係る様式の一部改正について
計 6枚（本紙を除く）

Vol.903

令和2年 12月 25日

厚生労働省老健局総務課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線 3909、3919)
FAX : 03-3503-2740

医政総発 1225 第 1 号
障企発 1225 第 4 号
老総発 1225 第 1 号
保総発 1225 第 1 号
令和 2 年 12 月 25 日

各

都道府県知事 指定都市市長 中核市市長

 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
厚生労働省保険局総務課長
(公 印 省 略)

押印を求めている国税関係手続きに係る様式の一部改正について

平素より、厚生労働行政の推進につきまして、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続（※）について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていることを踏まえ、下記に掲げる通知において定める文書の取扱いについて、下記の通り見直しを行いますので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、管内の市町村（特別区を含む。）をはじめ、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

記

第一 「おむつ使用証明書」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」（平成 13 年 7 月 4 日医総発第 14 号・障企発第 32 号・老総発第 7 号通知）により取り扱われているところであるが、様式中の「印」等の押印を求める表記を削り、押印を不要とする（別紙 1 のとおり）。

第二 「ストマ用装具使用証明書」について

標記については、「ストマ用装具に係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成元年 8 月 10 日社更第 156 号厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健・健康政策局総務・社会局更生・保険局企画課長連名通知）により取り扱われているところであるが、様式中の「印」

等の押印を求める表記を削り、押印を不要とする（別紙２のとおり）。

第三 「在宅介護費用証明書」及び「障害福祉サービス利用者負担額証明書」について

標記については、「医療費控除の対象となる在宅療養の介護費用の証明について」（平成２年７月２７日老福第１４５号厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉・健康政策局総務・社会局庶務・更生・児童家庭局障害福祉課長連名通知）により取り扱われているところであるが、様式中の「印」等の押印を求める表記を削り、押印を不要とする（別紙３及び別紙４のとおり）。

第四 経過措置

- １．この通知による改正前のそれぞれの通知等で定める様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この通知による改正後の様式によるものとみなす。
- ２．旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。
- ３．国民生活への影響をできる限り少なくする観点から、申請等の受理等に当たっては、当分の間、押印を求める表記がされている場合についても、必要な読替えを行った上で、これを受理等する。

第五 地方公共団体が独自に定められている様式について

旧様式に基づいて貴団体が実施する手続のうち、旧様式を規定した通知とは別に独自に定められている様式等において、押印等を求めている場合においては、「地方公共団体における押印見直しマニュアルの策定について」（令和２年１２月１８日付け規制改革・行政改革担当大臣通知）別紙及び本通知を参考として、押印の見直しに積極的に取り組んでいただきますようお願いいたします。

※ 上記の様式を含めた税務関係書類の押印の見直しについて、国税庁 HP にて、「令和３年度税制改正の大綱」（令和２年１２月２１日閣議決定）の内容を踏まえた取扱いの方針が示されておりますので、ご参照ください。

<https://www.nta.go.jp/information/other/data/r02/oin/index.htm>

以上

おむつ使用証明書				
患 者	住 所			
	氏 名	殿	性別	男・女
	生年月日	年 月 日 生		
傷 病 名	によりおおむね 6 ヶ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	始 期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年 1 月 1 日から終 期 (イ) 年 月まで 又は (ロ) 同年末まで (※ (イ) 又は (ロ) のいずれかを○で囲んでください。)			
上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。 年 月 日 医療機関名 _____ 所 在 地 _____ 医 師 氏 名 _____ (注) 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。 (注) 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の 1 月 1 日以前からおむつが必要であり、かつ、1 年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても (ロ) を○で囲むこと。なお、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、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。

ストマ用装具使用証明書				
患 者	住 所			
	氏 名	様	性 別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生		
ストマの種類	人工肛門のストマ 尿路変向（更）のストマ			
必要期間	令和 年 月から 6か月未満 6か月以上1年未満 1年以上			
上記の者は、人工肛門尿路変向（更）のストマを有しており、ストマケアに係る治療上、ストマ用装具の使用が必要であること証明する。 令和 年 月 日 医療機関名 _____ 所 在 地 _____ 医師氏名 _____ （注）1 証明書は、当該患者のストマケアに係る治療を行っている医師が記載すること。 2 「必要期間」が「1年以上」となる場合は、翌年分については改めて証明書を発行すること。 3 既に経過した機関に係る証明については、証明書発行日の属する年の前1月1日以降の期間に係るものに限り有効とする。				

- ① この証明書は、ストマ用装具代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、この証明書とストマ用装具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。

在宅介護費用証明書

下記の内容により、医師との連携の下に在宅療養のため在宅介護サービス又は訪問入浴サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名
所在地（住所）
代表者名

記

患 者	氏 名		性別	男 女
	住 所			
	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢	歳
費用負担者	氏 名		続柄	
	住 所			
傷 病 名	により寝たきり等の状態にある。			
主治医又は協力医療機関	医療機関名			
	所在地（住所）			
	医 師 氏 名			
介 護 内 容	1 在宅介護サービス ア 食事の介護 イ 排せつの介護 ウ 衣類着脱の介護 エ 入浴の介護 オ 身体の清拭、洗髪 カ 通院等の介助その他必要な身体の介護 () 2 訪問入浴サービス			
介護費用	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に領収した金額の合計額（上記1のアからカまでの介護及び2の訪問入浴サービスに係るものに限る。） 円			

(注)

1 この証明書は、在宅療養の介護費用について、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。

2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入して下さい。（保健師、助産師、看護師、准看護師（以下「看護師等」という。）の場合は記入不要）

3 なお、この証明書には、市（区）町村長の発行するホームヘルパー派遣決定通知書・訪問入浴サービス利用決定通知書、介護福祉士及び看護師等の資格証明証の写しを添付して下さい。

4 看護師等の行う療養上の世話の内容については、介護内容の欄のかっこ内に療養上の世話の内容を具体的に記載して下さい。

5 確定申告に際しては、この証明書のほかに、当該医師又は医療機関の診療等の対価に係る領収書を添付して下さい。

障害福祉サービス利用者負担額証明書

下記の内容により、医師との連携の下に在宅療養のため障害福祉サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名
所在地（住所）
代表者名

記

利 用 者	氏 名		性別	男 女
	住 所			
	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢	歳
費用負担者	氏 名		続柄	
	住 所			
主治医又は 協力医療機関	医療機関名			
	所在地（住所）			
	医 師 氏 名			
サービス内容 （該当するものに○をつける。）	障害福祉サービス ア 居宅介護（身体介護、通院介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。） イ 重度訪問介護（アと同様のものに限る。）又は居宅介護（日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）） ウ 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者等として支給決定を受けたものに限る。） エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様のものに限る。）			
利用者負担額	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に領収した金額の合計額（上記サービス内容に係るものに限る。） 円			

(注)

1 この証明書は、障害福祉サービスの利用者負担額について、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。

2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入して下さい。

3 なお、この証明書には、市（区）町村の発行する障害福祉サービス受給者証の写しを添付して下さい。

4 重度訪問介護については、領収した金額に2分の1を乗じて合計額を算出して下さい。

5 重度障害者等包括支援については、サービス提供実績記録票により、提供されたサービスのうち利用者負担が発生しているものにつき、ア及びウについては利用者負担相当額を、イについては利用者負担相当額に2分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、これらを合算した額を毎月ごとに算出し、合計額を算出して下さい。