

医政総発1010第1号  
 障企発1010第1号  
 老総発1010第1号  
 令和6年10月10日

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

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号厚生労働省医政局総務課長、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）について、別添のとおり改正し、令和7年に確定申告を行う際より適用することとしました（ただし、令和6年以降の年分に係る申告に限る。）。つきましては、御了知の上、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

なお、本通知の内容については、国税庁と協議済みであることを申し添えます。

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号厚生労働省医政局総務課長、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）の一部を次のように改正する。  
次の表のように改正する。

| （傍線の部分は改正部分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 改 正 前                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <div>一 概要</div> <p>おむつ代について医療費控除を受ける者が、<u>二の1又は2に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の1又は2に掲げる要件を満たす場合には</u>、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、</p> <div>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、</div> <p>又は、</p> <div>② 主治医意見書の写し</div> <p>により、寝たきり状態にあること、及び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発生している若しくはそ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。</p> <div>二 要件</div> <div>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</div> <p><u>その者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当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）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、若しくはC2（寝たきり）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「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。</u></p> <p>※ <u>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。</u></p> <div>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</div> <p><u>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ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治</u></p> | <div>一 概要</div> <p>おむつ代について医療費控除を受けるのが<u>2年目以降である者について</u>は、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、</p> <div>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、</div> <p>又は、</p> <div>② 主治医意見書の写し</div> <p>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。</p> <p>（新設）</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>医意見書）において、上記 1 に掲げる事項の記載があること。</u></p> <p>三 留意点</p> <p><u>1. おむつを使用した当該年の途中におむつ使用者が死亡した場合でも、上記二の 1 又は 2 に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の 1 又は 2 に掲げる要件を満たす場合には、死亡日までに使用したおむつ代は医療費控除の対象となる。</u></p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p>3 （略）</p> <p>4. 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><div>（別紙 1）<br/>令和 年 月 日</div><div>〇〇市（町村）長 様</div><div>確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 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</div></div> | <p>二 留意点</p> <p><u>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、その前年又はその前々年（現に受けている要介護認定の有効期間が 1 3 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。</u></p> <p>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、<u>2 年目以降</u>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. <u>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。</u></p> <div><div>（別紙 1）<br/>令和 年 月 日</div><div>〇〇市（町村）長 様</div><div>確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（<u>2 年目以降</u>）に必要な事項につい</div></div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>す。</div> <div><div>住所</div><div>氏名</div><div>被保険者番号</div></div> <div><div>※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）</div><div>1年目2年目以降</div></div> <div><div></div><div>令和年 月 日</div></div> <div><div>住所</div><div>氏名</div><div>様</div><div>〇〇市（町村）長</div></div> <div><div>貴方からの申出に基づき、令和 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。</div><div><div>1. 主治医意見書の作成日</div><div>※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すること。</div><div>令和 年 月 日</div></div><div><div>2. 要介護認定の有効期間（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）</div><div>令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</div></div><div><div>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○）</div><div>※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。</div><div>B 1 B 2 C 1 C 2</div></div><div><div>4. 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</div><div>あり</div></div><div><div>※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）</div><div>1年目2年目以降</div></div></div> | <div>て、確認願います。</div> <div><div>住所</div><div>氏名</div><div>被保険者番号</div></div> <div><div></div><div>令和 年 月 日</div></div> <div><div>住所</div><div>氏名</div><div>様</div><div>〇〇市（町村）長</div></div> <div><div>貴方からの申出に基づき、令和 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。</div><div><div>1. 主治医意見書の作成日</div><div>令和 年 月 日</div></div><div><div>2. 要介護認定の有効期間</div><div>令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</div></div><div><div>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○）</div><div>B 1 B 2 C 1 C 2</div></div><div><div>4. 尿失禁の発生可能性</div><div>あり</div></div></div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

別紙2を次のように改める。