

伊勢原市における介護保険主治医意見書内容確認証明書交付事務要領

(趣旨)

第1条 この要領は、厚生労働省通知「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号各都道府県等衛生・民生主管(部)局長宛て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・老健局総務課長連名通知。以下「平成14年厚生労働省おむつ費用の医療費控除の取扱い通知」という。)により、おむつ代医療費控除証明手続の簡素化が示されたため、当該手続について必要な事項を定めるものとする。

(証明書の交付)

第2条 市は、平成14年厚生労働省おむつ費用の医療費控除の取扱い通知により、主治医意見書の内容を確認した証明書(以下「証明書」という。)を交付するものとする。

(証明書の交付を受けられる要件)

第3条 平成14年厚生労働省おむつ費用の医療費控除の取扱い通知により、証明書の交付を受けられる者は、次のいずれの条件をも満たすことが必要である。

- (1) 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。
- (2) 介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく要介護認定等に係る主治医意見書(おむつを使用した当該年(現に受けている要介護認定期間が13か月以上で当該年に作成されていないものは、その前年)に作成されたもの。)の記載事項に、寝たきり状態にあること及び尿失禁の発生可能性が確認できること。
- (3) 平成14年以降に使用したおむつの購入費用に適用される証明書を必要とすること。

2 前項の場合において、医療費控除の初年次は、これまでどおり医師が発行した「おむつ使用証明書」(「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」通知。昭和62年12月18日厚生省健政発第659号・健医発1376号・社老発第128号・保文第851号)が必要であるため、交付を受けようとする者に、市は事前の確認を行うものとする。

(証明書の交付申請)

第4条 証明書の交付を受けようとする者(伊勢原市の被保険者である者又は被保険者であった者。以下「申請者」という。)は、主治医意見書内容確認証明書(医療費控除証明用)交付申請書(別記様式)を介護保険主管課に提出する。

2 市は、前項の申請があった場合は、速やかに交付の可否を決定し、証明書を交

付する旨又は交付できない旨の説明を申請者に行うものとする。

3 証明書の交付に当たり、当該主治医意見書を作成した医師にその記載内容を確認する必要がある場合は、市は、申請者に直ちに交付できない旨を説明し、当該医師に記載内容を確認した上で交付の可否を決定するものとする。この場合において、証明書を交付する旨の決定をしたときは、市は後日郵送等にて交付するものとする。

4 証明書の交付にかかる手数料は、無料とする。

(関係団体への周知及び協力願い)

第5条 この要領の施行に当たり、秦野伊勢原医師会へその目的（市民の医療費控除証明手続の簡素化・費用負担等の軽減とともに、医師の証明事務軽減に資すること）を説明し、主治医意見書記載内容の証明事務について包括的な了解及び協力を求めるものとする。

2 秦野伊勢原医師会に属しない介護保険関係医師については、おおむね平成14年12月までに説明会開催又は文書により了解及び協力を求めるものとする。

(要介護認定等に係る情報提供との関係)

第6条 この要領による証明事務に伴う要介護認定等に係る情報の取扱いは、伊勢原市における要介護認定等に係る情報提供に関する事務処理要領（平成13年伊勢原市告示第142号）に基づくものではないものとする。

2 平成14年厚生労働省おむつ費用の医療費控除の取扱い通知によるところの主治医意見書の写しの交付願があった場合は、主治医の同意可否の確認手続が介護サービス計画作成のためという限定的開示についてなされていること、さらには本人への非開示、必要以上の個人の医学的情報の流出という問題も存在するため、医療費控除証明を目的とした写しの開示又は提供を行わないものとする。

附 則

この告示は、平成14年12月13日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

別記様式(第4条関係)

主治医意見書内容確認証明書(医療費控除証明用)交付申請書

(注)*2年目以降のおむつ代医療費控除をする方が、申請できます。1年目は、医師の証明が必要です。

年 月 日

伊勢原市長 殿

確定申告に使用するのので、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(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

住所	伊勢原市	
	電話	()
氏名		被保険者番号

(事務処理欄)*****

担当者	●交付の決定 (可 ・ 否)	公印使用認印
	交付できない理由 <input type="checkbox"/> おむつ代の医療費控除申請が初めて(1年目) <input type="checkbox"/> 障害高齢者自立度が「寝たきり」に該当しない <input type="checkbox"/> 尿失禁の発生可能性が確認できない <input type="checkbox"/> その他	
●証明書の交付日 _____		
●意見書作成日 _____ ●寝たきり度 B1 B2 C1 C2 ●尿失禁あり		

キトリセン

主治医意見書の内容確認証明書(医療費控除証明用)

年 月 日

住所	伊勢原市	
氏名	_____様	
	伊勢原市長	[印]
あなたからの申出に基づき、_____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、あなた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	年 月 日	
2 要介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 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○)	
	B1 B2 C1 C2	
4 尿失禁の発生可能性	あり	

