

| 改正後 | 改正前 |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">平成2年7月27日老福第145号</p> <p>各 都道府県 民生 主管部（局）長あて 指定都市 衛生 <p style="text-align: right;">厚生省大臣官房老人保健福祉部 老人福祉課長 厚生省健康政策局総務課長 厚生省社会局庶務課長 厚生省社会局更生課長 厚生省児童家庭局障害福祉課長</p> <p>改正 平3老振47・平9老振7・平13医政総発3・障障発4・老振発4・平16障障発0116001・老振発0116001・平17障障発0201001</p> <p>保健師、看護師、准看護師その他療養上の世話を受けるために特に依頼した者による療養上の世話の対価については、税法上、従来から医療費控除の対象とされているところである。</p> <p>したがって、傷病により寝たきり等の状態にある者が、在宅療養を行うため、医師の継続的な診療を受けており、かつ左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が、その医師と適切な連携をとって左記3の在宅介護サービス又は左記4の訪問入浴サービスを提供した場合の、その在宅介護サービス又は訪問入浴サービスを受けるために要する費用についても、療養上の世話を受けるために特に依頼した者による療養上の世話の対価と認められ、税法上、医療費控除の対象となるものであるが、今般、国税庁と協議の上、当該費用に係る証明書の取扱いについて明らかにすることとした。</p> <p>については、傷病により寝たきり等の状態にある者の在宅療養を行うために、左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が、医師と適切な連携をとって左記3の在宅介護サービス又は左記4の訪問入浴サービスを提供した場合には、左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が左記5の証明書を発行するよう貴管内市(区)町村、在宅介護サービス事業者及び訪問入浴サービス事業者等への周知徹底を図られたい。</p> <p>なお、保健師、助産師、看護師、准看護師が在宅療養のために療養上の世話をを行った場合についても左記5の証明書を発行するよう周知徹底を図られたい。</p> <p>また、「在宅介護費用証明書」は、別紙のコピーを使用して証明されたもの又は同様の様式を使用して証明されたものであっても、各税務署窓口において受け付けられることとされているので、その旨の指導も併せて行われたい。</p> <p>なお、左記5に掲げる証明書が発行されていない場合の費用又は左記1に掲げる者以外の者の在宅介護サービスに係る費用若しくは左記2に掲げる者以外の者の訪問入浴サービスに係る費用であっても、療養上の世話の費用に該当するものは、所得税基本通達七三一六(保健師等以外の者から受ける療養上の世話)により、医療費控除の対象となるので、念のため申し添える。</p> </p> | <p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">平成2年7月27日老福第145号</p> <p>各 都道府県 民生 主管部（局）長あて 指定都市 衛生 <p style="text-align: right;">厚生省大臣官房老人保健福祉部 老人福祉課長 厚生省健康政策局総務課長 厚生省社会局庶務課長 厚生省社会局更生課長 厚生省児童家庭局障害福祉課長</p> <p>改正 平3老振47・平9老振7・平13医政総発3・障障発4・老振発4・平16障障発0116001・老振発0116001・平17障障発0201001</p> <p>保健師、看護師、准看護師その他療養上の世話を受けるために特に依頼した者による療養上の世話の対価については、税法上、従来から医療費控除の対象とされているところである。</p> <p>したがって、傷病により寝たきり等の状態にある者が、在宅療養を行うため、医師の継続的な診療を受けており、かつ左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が、その医師と適切な連携をとって左記3の在宅介護サービス又は左記4の訪問入浴サービスを提供した場合の、その在宅介護サービス又は訪問入浴サービスを受けるために要する費用についても、療養上の世話を受けるために特に依頼した者による療養上の世話の対価と認められ、税法上、医療費控除の対象となるものであるが、今般、国税庁と協議の上、当該費用に係る証明書の取扱いについて明らかにすることとした。</p> <p>については、傷病により寝たきり等の状態にある者の在宅療養を行うために、左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が、医師と適切な連携をとって左記3の在宅介護サービス又は左記4の訪問入浴サービスを提供した場合には、左記1の在宅介護サービスの供給主体又は左記2の訪問入浴サービスの供給主体が左記5の証明書を発行するよう貴管内市(区)町村、在宅介護サービス事業者及び訪問入浴サービス事業者等への周知徹底を図られたい。</p> <p>なお、保健師、助産師、看護師、准看護師が在宅療養のために療養上の世話をを行った場合についても左記5の証明書を発行するよう周知徹底を図られたい。</p> <p>また、「在宅介護費用証明書」は、別紙のコピーを使用して証明されたもの又は同様の様式を使用して証明されたものであっても、各税務署窓口において受け付けられることとされているので、その旨の指導も併せて行われたい。</p> <p>なお、左記5に掲げる証明書が発行されていない場合の費用又は左記1に掲げる者以外の者の在宅介護サービスに係る費用若しくは左記2に掲げる者以外の者の訪問入浴サービスに係る費用であっても、療養上の世話の費用に該当するものは、所得税基本通達七三一六(保健師等以外の者から受ける療養上の世話)により、医療費控除の対象となるので、念のため申し添える。</p> </p> |

また、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの利用者負担額に係る医療費控除の証明書の様式については、左記5に「障害福祉サービス利用者負担額証明書」を定めたので、周知徹底を図られたい。

介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除については、「介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」（平成15年12月24日老発第1224003号国税庁課税部長あて老健局長照会）及びそれに対する国税庁回答（平成15年12月26日課個2-33）によって読み替えられた「介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」（平成12年6月1日老発第509号国税庁課税部長あて老人保険福祉局長照会）（別添1）及びそれに対する国税庁回答（平成12年6月8日）課所4-10（別添2）によるものとする。

記

1 在宅介護サービスの供給主体

(1) 障害者自立支援法の規定により居宅介護を行う指定障害福祉サービス事業者及び基準該当障害福祉サービス事業者

(2) 障害者自立支援法の規定により重度訪問介護を行なう指定障害福祉サービス事業者及び基準該当障害福祉サービス事業者

(3) 障害者自立支援法の規定により短期入所を行う指定障害福祉サービス事業者（ただし、市町村により遷延性意識障害者等の支給決定を受けた遷延性意識障害者（児）等又は重症心身障害者（児）に対し医療機関である指定短期入所事業所において短期入所を行う事業者に限る。）

(4) 障害者自立支援法の規定により重度障害者等包括支援を行なう指定障害福祉サービス事業者

(5) 介護福祉士の資格を有する者

2 訪問入浴サービスの供給主体

障害者自立支援法の規定により地域生活支援事業として、訪問入浴サービスを実施する市町村

3 在宅介護サービスの内容

(1) 食事の介護（買物及び調理を除く。）

(2) 排泄の介護

(3) 衣類着脱の介護

(4) 入浴の介護

(5) 身体清拭、洗髪

(6) 通院等の介護その他必要な身体の介護

(7) 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。）

※ ただし、平成18年4月から9月までにあつては、居宅介護（日常生活支援（身

また、支援費制度下での居宅生活支援サービスの利用者負担額に係る医療費控除の証明書の様式については、新たに左記5に「居宅生活支援サービス利用者負担額証明書」を定めたので、周知徹底を図られたい。

介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除については、「介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」（平成15年12月24日老発第1224003号国税庁課税部長あて老健局長照会）及びそれに対する国税庁回答（平成15年12月26日課個2-33）によって読み替えられた「介護保険制度下での居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」（平成12年6月1日老発第509号国税庁課税部長あて老人保険福祉局長照会）（別添1）及びそれに対する国税庁回答（平成12年6月8日）課所4-10（別添2）によるものとする。

記

1 在宅介護サービスの供給主体

(1) 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法及び児童福祉法の規定により居宅介護を行う指定居宅支援事業者及び基準該当居宅支援事業者

(2) 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法及び児童福祉法の規定により短期入所を行う指定居宅支援事業者（ただし、市町村により遷延性意識障害者加算等の加算決定を受けた遷延性意識障害者（児）等又は重症心身障害者（児）に対し医療機関である指定短期入所事業所において短期入所を行う事業者に限る。）

(3) 介護福祉士の資格を有する者

2 訪問入浴サービスの供給主体

平成15年11月25日付障発第1125001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「訪問入浴サービス事業の実施について」及び平成15年11月25日付障発第1125001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知「訪問入浴サービス事業の取扱いについて」に基づき、訪問入浴サービスを実施する市町村

3 在宅介護サービスの内容

(1) 食事の介護（買物及び調理を除く。）

(2) 排泄の介護

(3) 衣類着脱の介護

(4) 入浴の介護

(5) 身体清拭、洗髪

(6) 通院等の介護その他必要な身体の介護

(7) 居宅介護

ア 身体介護

イ 乗降介助

ウ 日常生活支援（身体介護に係る部分に限る。）

体介護に係る部分に限る。))とする。

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。）

4 訪問入浴サービスの内容

身体障害者の居宅を訪問し、浴槽を提供して行なわれる入浴の介護

5 証明書

(1) 様式 別紙「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」

(2) 記載者 記1及び2の市町村、事業者等とする。

(別紙)

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。

平成 年 月 日

事業者名
所在地(住所)

代表者名

印

記

(8) 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者加算等として加算決定された部分に限る。）

4 訪問入浴サービスの内容

身体障害者の居宅を訪問して行う入浴介護サービス

5 証明書

(1) 様式 別紙「在宅介護費用証明書」及び「居宅生活支援サービス利用者負担額証明書」

(2) 記載者 記1及び2の市町村、事業者等とする。

(別紙)

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。

平成 年 月 日

事業者名
所在地(住所)

代表者名

印

記

| | | | | | |
|-------------|-----------------|------|----|---|---|
| 患者 | 氏名 | | 性別 | 男 | 女 |
| | 住所 | | | | |
| | 生年月日 | 明大昭平 | 年 | 月 | 日 |
| 費用負担者 | 氏名 | | 続柄 | | 歳 |
| | 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 | | | | |

| | | | | | |
|-------------|-----------------|------|----|---|---|
| 患者 | 氏名 | | 性別 | 男 | 女 |
| | 住所 | | | | |
| | 生年月日 | 明大昭平 | 年 | 月 | 日 |
| 費用負担者 | 氏名 | | 続柄 | | 歳 |
| | 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 (アからカ又は2の該当するものに○をつける。) | 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 | 平成 年 月 日から平成 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 |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 介護内容 (アからカ又は2の該当するものに○をつける。) | 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 | 平成 年 月 日から平成 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ください。
- 4 看護師等の行う療養上の世話の内容については、介護内容の欄のかつこ内に療養上の世話の内容を具体的に記載してください。
- 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ください。

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。

平成 年 月 日

事業者名
所在地(住所)
代表者名

印

記

- (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ください。
- 4 看護師等の行う療養上の世話の内容については、介護内容の欄のかつこ内に療養上の世話の内容を具体的に記載してください。
- 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ください。

居宅生活支援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居宅生活支援サービスを提供し、その費用を領収したことを証明する。

平成 年 月 日

事業者名
所在地(住所)
代表者名

印

記

| | | | | | | |
|-----------------|---|------|----|---|---|----|
| 利用者 | 氏名 | | 性別 | 男 | 女 | |
| | 住所 | | | | | |
| | 生年月日 | 明大昭平 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 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 | 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 該当するもの に○をつける。 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 利用者負担額 | 平成 年 月 日から平成 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)町村の発行する居宅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各月ごとに算出し、合計額を算出して下さい。

| | | | | | | |
|-----------------|--|------|----|---|---|----|
| 利用者 | 氏名 | | 性別 | 男 | 女 | |
| | 住所 | | | | | |
| | 生年月日 | 明大昭平 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 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 | 居宅生活支援サービス <input type="checkbox"/> (1)又は(2)の該当するもの に○をつける。 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 利用者負担額 | 平成 年 月 日から平成 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、**居宅生活支援**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)町村の発行する居宅受給者証の写しを添付して下さい。
- 4 **日常生活支援**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。

(別添1) 略

(別添2) 略

(別添1) 略

(別添2) 略