

## 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。