

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 （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	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。