

ストマ用装具使用証明書

患 者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日生
ストマの種類	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 人工肛門のストマ 尿路変向（更）のストマ </div>			
必 要 期 間	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 年 月 から 6 か月未満 6 か月以上 1 年未満 1 年以上 </div>			

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を証明する。

年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

医 師 氏 名 _____ (印)

- (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 既に経過した期間に係る証明については、証明書発行日の属する年の前年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。