

事 務 連 絡

平成 25 年 2 月 25 日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉担当部（局）担当者 様
中 核 市

障害者自立支援法等の下での介護福祉士等による喀痰吸引等の対価に係る
医療費控除の取扱いについて

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 23 年法律第 72 号）による改正後の社会福祉士及び介護福祉士法の規定により、介護福祉士及び認定特定行為業務従事者（以下「介護福祉士等」という。）が、診療の補助として喀痰吸引及び経管栄養（同法附則第 3 条第 1 項に規定する特定行為を含む。以下「喀痰吸引等」という。）の実施が認められたことに伴い、障害者自立支援法等の下での介護福祉士等による喀痰吸引等の対価に係る医療費控除の取扱いについて、国税庁との協議の下、別添のとおり取り扱うこととし、平成 24 年 4 月サービス分より適用することとします。

なお、領収証の様式（「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」）については、今般の取扱いを踏まえ「障害福祉サービス等利用料領収証」に改正しましたので、平成 24 年 4 月分から様式の改正が行われるまでのものは差し替えるなど、適正にお取り扱いいただく必要があります。

貴都道府県内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきよう、よろしく願いいたします。

（参考）

- ・ 障害者自立支援法・児童福祉法制度下における障害福祉サービス等の類型及び医療費控除の取扱い

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課企画法令係

（電話番号）

0 3 （ 5 2 5 3 ） 1 1 1 1 （代）

内線 3 0 4 6 ・ 3 1 4 8

(別添)

障害者自立支援法等の下での介護福祉士等による喀痰吸引等の対価に係る医療費控除の取扱いについては、下記のとおりとする。

1 対象者

障害福祉サービス等の利用中において、介護福祉士等による喀痰吸引等が行われること。

2 対象となる障害福祉サービス等

次の(1)から(12)に掲げる障害福祉サービス等とする。

(障害福祉サービス)

- (1) 障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下「法」という。)第5条第4項に規定する同行援護
- (2) 法第5条第5項に規定する行動援護
- (3) 法第5条第7項に規定する生活介護
- (4) 法第5条第8項に規定する短期入所(市町村により遷延性意識障害者加算等として決定された部分を除く。)
- (5) 法第5条第10項に規定する共同生活介護
- (6) 法第5条第11項に規定する施設入所支援
- (7) 法第5条第13項に規定する自立訓練
- (8) 法第5条第14項に規定する就労移行支援
- (9) 法第5条第15項に規定する就労継続支援
- (10) 法第5条第16項に規定する共同生活援助

(障害児支援)

- (11) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第1項に規定する児童発達支援(医療型を除く。)及び放課後等デイサービス
- (12) 児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設

3 対象費用の額

2に掲げる障害福祉サービス等に要する費用(法第29条第3項若しくは第30条第3項又は児童福祉法第21条の5の3第2項、第21条の5の4第2項若しくは第24条の2第2項)に係る自己負担額(次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ次に定める額)の10分の1とする。

(1) 指定障害福祉サービス等の場合

支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して障害者自立支援法施行令で定める額(当該政令で定める額が障害福祉サービス費用基準額の100分の10に相当する額を超える場合は100分の10相当額)

(2) 基準該当障害福祉サービスの場合

指定障害福祉サービスの場合に準じて算定した自己負担額

(3) 指定通所支援又は指定入所支援の場合

通所給付決定保護者又は入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して児童福祉法施行令で定める額（当該政令で定める額が障害児通所給付費基準額又は障害児入所給付費基準額の 100 分の 10 に相当する額を超える場合は 100 分の 10 相当額）

(4) 基準該当通所支援の場合

指定通所支援の場合に準じて算定した自己負担額

4 領収証

指定障害福祉サービス事業者等が交付する領収証に、3 の対象費用の額を記載する（別紙様式参照）。

障害福祉サービス等利用料領収証

下記の内容により、医師との連携の下に障害福祉サービス等を提供し、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	<p>1 障害福祉サービス等（療養介護を除く。）</p> <p>ア 居宅介護（身体介護、通院等介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。）</p> <p>イ 重度訪問介護（アと同様の内容に限る。）</p> <p>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。）</p> <p>エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様の内容に限る。）</p> <p>オ 上記以外の障害福祉サービス等（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）</p> <p>2 自立支援給付対象外のサービス</p> <p>ア 在宅介護サービス ※該当するものに○をつける。 食事の介護・排せつの介護・衣類着脱の介護・入浴の介護・身体清拭、洗髪・ 通院等の介助・その他必要な身体の介護（ ）</p> <p>イ 訪問入浴サービス</p> <p>ウ 上記以外の自立支援給付対象外のサービス（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）</p>			
費用額	領収対象期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
	領収額			
	うち医療費控除の対象となる金額			

1のアからオ、又は2のアからウの該当するものに○をつける。2のアについては、該当する内容にも○をつける。

(記載上の注意)

- 1 この領収書は、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。また、この領収書のほかに、医師又は医療機関の診療等の対価に係る領収書も添付して下さい。
- 2 「事業者名」欄は、市(区)町村が提示する場合には、その自治体名を記載して下さい(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 障害福祉サービス等を利用している方は、この領収書に、市(区)町村の発行する受給者証の写しを添付して下さい。また、自立支援給付対象外のサービスを利用している方は、この領収書に、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 1のイ重度訪問介護については、利用者負担額に2分の1を乗じて医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 5 1のエ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、1のア及びウについては利用者負担相当額を、1の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、1のオについては、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限り、利用者負担相当額に10分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、各月ごとにこれらを合算し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 6 1のオ上記以外の障害福祉サービス等とは、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所(市町村により遷延性意識障害者加算等として決定された部分を除く。)、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援(医療型を除く。)、放課後等デイサービス、障害児入所支援(医療型を除く。)を指します。
- 7 2のア在宅介護サービスについては、該当する内容に○をつけて下さい(複数可)。
- 8 2のウ上記以外の自立支援給付対象外のサービスで、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合については、サービス費用額に10分の1を乗じた額を算出し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。

障害者自立支援法・児童福祉法制度下における障害福祉サービス等の類型及び医療費控除の取扱い

障害者自立支援法制度下における類型		対象者	障害福祉サービスに要する費用の額 (医療費控除の対象となる自己負担額)		分類
			介護福祉士等による喀痰吸引等の対価	介護福祉士等による喀痰吸引等の対価以外	
訪問系サービス	居宅介護 ・身体介護（居宅における身体介護が中心である場合） ・通院等介助（身体介護を伴う通院介助が中心である場合） ・乗降介助（通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合）	支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者	対象（注1）		福祉系サービス
	重度訪問介護		対象（自己負担額の50%） （注1、2）		
	重度障害者等包括支援（注3）		対象（自己負担額のうち、居宅介護及び短期入所の部分は全額、重度訪問介護の部分は50%） （注1、2）		
	同行援護		対象 （自己負担額の10%）	対象外	
	行動援護				
日中活動系サービス	短期入所	支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者	対象 （自己負担額の10%）	対象（市町村により遷延性意識障害者加算等として決定された部分に限る。）	福祉系サービス
	療養介護		対象		医療系サービス
	生活介護		対象 （自己負担額の10%）	対象外	福祉系サービス
居住系サービス	共同生活介護	支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者	対象 （自己負担額の10%）	対象外	福祉系サービス
	施設入所支援				
	共同生活援助				
訓練系・就労系サービス	自立訓練	支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者	対象 （自己負担額の10%）	対象外	福祉系サービス
	就労移行支援				
	就労継続支援				

（注1）医師との適切な連携をとって提供されたサービスに限る。

（注2）重度訪問介護及び重度障害者等包括支援については、身体介護に係る部分に限る。

（注3）重度障害者等包括支援は、身体介護を中心に居宅介護その他在宅系の障害福祉サービスを提供するもの。

児童福祉法制度下における制度		対象者	障害児支援に要する費用の額 (医療費控除の対象となる自己負担額)		分類
			介護福祉士等による喀痰吸引等の対価	介護福祉士等による喀痰吸引等の対価以外	
通所支援	医療型児童発達支援	通所給付決定保護者	対象		医療系サービス
	児童発達支援・放課後等デイサービス		対象 （自己負担額の10%）	対象外	福祉系サービス
	保育所等訪問支援			対象外	
入所支援	障害児入所支援 （医療型障害児入所施設での支援）	入所給付決定保護者	対象		医療系サービス
	障害児入所支援 （福祉型障害児入所施設での支援）		対象（自己負担額の10%）	対象外	福祉系サービス