

# アルツハイマー病治療薬の 投与治療や初期検査の費用を助成します

アルツハイマー病治療薬（レカネマブ、ドナネマブ）の保険診療（原則）  
にかかる費用に対して、**上限40万円**の補助金を交付します。



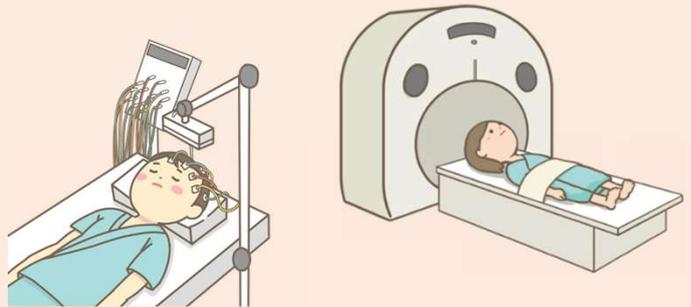
## 対象となる方

鳥取市内に住所があり、アルツハイマー病治療薬（レカネマブ、ドナネマブ）  
の投与治療を希望する方

※対象経費には、投与治療を開始する前の検査（初期検査）も含まれます。

## 対象となる検査、治療

- アミロイドPET検査
- 脳髄液検査
- レカネマブ投与
- ドナネマブ投与
- 頭部MRI検査



## 手続きの流れ

※「②予備申請」と「③治療薬投与」は順序が逆になっても申請いただけます。治療開始後、速やかに予備申請書を提出してください。

### ① 初期検査

補助対象となる初期検査は、「アミロイドPET検査」と「脳髄液検査」の2種類です。

### ② 予備申請

原則、初期検査を受けた日からアルツハイマー病治療薬の投与治療を開始する日までに予備申請をしてください。

### ③ 治療薬投与

レカネマブ投与、ドナネマブ投与にかかる費用に加え、治療に関連する頭部MRI検査も補助対象となります。

### ④ 交付申請

裏面に記載の「申請に必要な書類」を市役所窓口へ提出してください。



お問い合わせはこちら

鳥取市役所福祉部 長寿社会課

☎ (0857) 30-8211

〈受付時間／8：30～17：15（土日祝日除く）〉

裏面もご覧ください ➡

# 補助対象となる経費

検査や治療を受けた各月ごとにそれぞれ算出して得た以下の(1)から(3)までの額のうち、最も少ない合計額(※合計額の上限は生涯で40万円)を補助対象経費とします。

- (1) 請求前年にかかる住民税の課税所得に応じた、ひと月あたりの補助上限額(表1)
- (2) 補助対象となる検査、治療に応じて定めた基準額に自己負担割合を乗じた額(表2)
- (3) 補助対象となる検査、治療にかかった自己負担額(領収書等により確認できるものに限る)



〈表1〉

請求前年にかかる 住民税の課税所得区分	70歳未満		70歳以上	
	3か月目まで	4か月目まで	3か月目まで	4か月目まで
① 690万円以上の方	252,600円	140,100円	252,600円	140,100円
② 380万円以上の方	167,400円	93,000円	167,400円	93,000円
③ 145万円以上の方	80,100円	44,400円	80,100円	44,400円
④ 145万円未満で、課税されている方	57,600円	44,400円	12,000円	
⑤ 非課税の方	35,400円	24,600円	8,000円	

※上記の区分は、申請者の所得に、同一世帯員の所得を加えて決定する場合があります。

〈表2〉

検査・治療の項目	基準額
アミロイドPET検査	150,000円
脳髄液検査	13,000円
レカネマブ投与	1mgあたり230円
ドナネマブ投与	1mgあたり200円
頭部MRI検査	19,000円

## 補助金額

- ◆ 初期検査の費用…補助対象経費全額
  - ◆ 初期検査以外の検査及び治療の費用…補助対象経費の1/2
- (ただし、千円未満の端数は切り捨てます。)

# 申請に必要な書類

- ① 鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付申請書兼請求書
- ② 検査および治療にかかる医療機関が発行した領収書の写し
- ③ 診療明細書の写し

(※具体的な治療内容、所得区分の確認のため、上記以外の資料の提出を求められることがあります。)

申請書は、鳥取市ホームページからダウンロードできます。



<https://www.city.tottori.lg.jp/www/contents/1731569258367/index.html>

問い合わせ先  
申請書等提出先

鳥取市役所福祉部 長寿社会課 ☎ (0857) 30-8211

〒680-8571 鳥取市幸町71番地(本庁舎1階 福祉総合窓口(13番窓口))