

鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金（以下「本補助金」という。）の交付について、鳥取市補助金等交付規則（昭和42年鳥取市規則第11号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付目的)

第2条 本補助金は、アルツハイマー病治療薬（保険適用となった抗アミロイド抗体を用いた疾患修飾薬（アルツハイマー病の原因物質とみられるアミロイドβタンパクを除去することで進行を抑制する効果が認められた薬））の保険診療が可能になったことに伴い、早期検査及び治療に向かう市民の生活負担を軽減することを目的として交付する。

(補助対象者)

第3条 本補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、鳥取市内に住所を有するアルツハイマー病治療薬の検査、治療を希望する者とする。

(補助金の算定)

第4条 本補助金の額は、別表第1項に掲げる補助対象経費（以下単に「補助対象経費」という。）の額（仕入控除税額（補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税に相当する額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）に規定する仕入れにかかる消費税額として控除できる部分の金額と、当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）に規定する地方消費税率を乗じて得た金額の合計額をいう。以下同じ。）を除く。）に対し、別表第2項に定める率を乗じて得た額とし、予算の範囲内で交付する。ただし、千円未満の端数がある場合は、これを切り捨てるものとする。

(予備申請の時期等)

第5条 本補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、原則としてアルツハイマー病治療薬の投与治療を開始する前に実施した検査（以下「初期検査」という。）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、市長に対して予備申請を行わなければならない。ただし、やむを得ない事情により申請者が申請できなかった場合には、治療開始後速やかに申請することにより、前段の申請に代えることができる。

2 前項の規定による申請は、鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱（令和6年4月23日第20240000387号鳥取県福祉保健部長通知。以下「県交付要綱」という。）に定める様式第5号によるものとする。

(交付申請の時期等)

第6条 本補助金の申請は様式第1号によるものとし、規則第11条の2第1項の規定により交付の申請及び請求を併合して行うこととする。この場合において、本補助金の請求は、本補助金の交付決定がされた場合に、当該交付決定日にされたものとみなす。

2 申請者は、前項に基づく申請を以下のそれぞれの場合において当該各号に掲げる日までに市長に対して行わなければならない。

(1) 各年1月1日において治療継続している場合にあっては、1月末日

(2) 治療が終了した場合又は治療を中断した場合にあっては、終了又は中断した日から30日が経過する日

3 規則第4条第1号、第2号及び第4号に掲げる書類は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 診療明細書の写し

(2) 検査及び治療にかかる医療機関が発行した領収書の写し

- (3) 治療にかかる医療機関の証明書（様式第2号。治療内容が具体的に確認できない場合に限る。）
- (4) 所得区分の確認のための書類（申請者の所得区分を確認できない場合に限る。）
- (5) その他市長が必要と認める書類
（交付決定の時期等）

第7条 本補助金の交付の決定は、当該交付申請を受けた日から起算して30日が経過する日までの間に行うものとする。

- 2 市長は、交付の決定を行った日から30日以内に補助金を支払う。
（着手届等を要しない場合）

第8条 本補助金の交付に係る事業は、規則第10条第1項第3号に規定する市長が別に定める場合とし、同項に規定する着手届の提出は要しない。

- 2 本補助金の交付に係る事業は、規則第11条第3項ただし書に規定する市長が指定する補助事業等とし、同項に定める書類の提出は要しない。

- 3 本補助金の交付に係る事業は、規則第12条ただし書に規定する市長が指定する補助事業等とし、同条に規定する実績報告書の提出は要しない。
（雑則）

第9条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付について必要な事項は、福祉部長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年11月18日から施行し、令和6年度事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和7年2月28日から施行し、令和6年度事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行し、令和7年度事業から適用する。

別表（第4条関係）

1 補助対象経費	検査又は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、最も少ない額の合計額とする。ただし、保険適用外の場合は、1の要件は除く。また、合計額の上限は、補助対象者1名あたり400千円（生涯管理）とする。 1 県交付要綱別表2（1）に掲げるひと月当たり補助上限額 2 補助対象者が受診した検査又は治療のうち県交付要綱別表2（2）の間接補助対象経費となる項目に該当する基準額に自己負担割合を乗じた額 3 補助対象者が受診した検査又は治療のうち県交付要綱別表2（2）の間接補助対象経費となる項目に該当する検査又は治療で、領収書等により確認できる自己負担額
2 補助率	初期検査にかかる費用については10／10以内。 上記以外の検査及び治療にかかる費用は1／2以内。

様式第 1 号（第 6 条関係）

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

年 月 日

鳥取市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

電話番号 _____

鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第 6 条の規定により申請します。また、補助の決定に必要があるときは、私及び私と同居する者の所得、市民税課税状況を閲覧することに同意します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

1 補助対象者 (治療を受ける方)	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 事業の目的 及び内容	アルツハイマー病治療薬の検査及び治療	
3 補助対象経費	① 初期検査 (アミロイド PET 検査、脳髄液検査)	円
	② 初期検査以外の検査、治療 (レカネマブ投与、ドナネマブ投与、 頭部 MRI 検査)	円
4 交付申請額	円 (①：補助対象経費×10/10 ②：補助対象経費 1/2、千円未満切捨て)	
5 他の補助金の 活用の有無	☐ あり (補助金名：) ☐ なし	

6 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他						
フリガナ			口座番号							
口座名義 (※申請者名義)										

鳥取市記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---

様式第 2 号（第 6 条関係）

治療にかかる医療機関の証明書

氏名

医療機関
住所
名称

受診日	入院の有無	保険適用の有無	部（区分）	項目名	点数	金額	回数

- ・検査の種類（アミロイド PET、髄液検査）、レカネマブの投与量など、具体的な診療内容の内訳として実際の検査及び治療内容が判明することを要します。
- ・診療明細書等で判明する場合にはこちらの様式の代わりとして提出可能ですが、単なる領収書及び「検査費」「薬剤費」等で括られた「内容が不明な書類」は提出不可となります。