

アルツハイマー病治療費 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。

上限

40万円
(生涯)

対象者

伯耆町に居住し、かつ伯耆町に住民登録しており、アルツハイマー病治療薬(レカネマブ、ドナネマブ)の治療を希望する方。

対象となる検査・治療

※対象には、投与治療を開始する前の検査(初期検査)も含まれます。

● アミロイドPET検査

● 脳髄液検査

● 頭部MRI検査

● アルツハイマー病治療薬※投与

※治療薬:レカネマブ・ドナネマブ

手続きの流れ

1 1 まず病院で/ 初期検査

補助対象となる初期検査は

- ・アミロイドPET検査
- ・脳髄液検査

の2種類です

2 次に 役場窓口へ/ 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薬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

治療薬投与にかかる費用に加え、治療に関する頭部MRI検査も補助対象になります。

※1月1日から12月31日の間に発生したもの

4 交付申請

下記に記載の「交付申請に必要な書類」を役場窓口に提出してください。

※今年度1月1日において治療を継続している場合、今年度1月末日までに、前年分をまとめて申請してください。
※前年中に治療を終了または中断した場合は、その日から30日以内にまとめて申請してください。

交付申請に必要な書類

- ☒ 交付申請書兼実績報告書
- ☒ 治療に係る医療機関の証明書
- ☒ 検査及び治療に係る医療機関が発行した領収書の写し
- ☒ 所得区分が確認できる書類※町が補助対象者の所得区分を確認できない場合に限る。

申請書は町ホームページからダウンロードできます。伯耆町 アルツハイマー

▶▶▶ <https://www.houki-town.jp/new1/10/8/v813/g127/>



補助対象となる経費

検査または治療を受けた各月ごとに算出して得た以下の(1)～(3)のうち、最も少ない額の合計金額を補助対象経費とします。

※合計額の上限は生涯40万円

- (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か月目以降	3か月目まで	4か月目以降
① 690万円以上の者	252,600円	140,100円	252,600円	140,100円
② 380万円以上の者	167,400円	93,000円	167,400円	93,000円
③ 145万円以上の者	80,100円	44,400円	80,100円	44,400円
④ 145万円未満で、課税されている者	57,600円	44,400円	12,000円	
⑤ 住民税の非課税者等	35,400円	24,600円	8,000円	

〈表2〉

間接補助対象経費となる項目	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当たり230円
・ドナネマブ投与	1mg当たり200円
・頭部MRI検査	19,000円



補助金額

①初期検査費用…**全額**

②①以外の検査及び治療に係る費用… **補助対象経費の1/2**

※補助額の上限は、補助対象者1名あたり40万円(生涯1回のみ)です。

お問い合わせ先
申請書等提出先

〒689-4133 伯耆町吉長37番地3
伯耆町役場 健康対策課 生活相談室(本庁舎 1階)

TEL **0859-68-5535**