

伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、伯耆町補助金等交付規則（平成17年伯耆町規則第44号。以下「規則」という。）第4条の規定に基づき、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金（以下「補助金」という。）の交付について、規則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（レカネマブ）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町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 本補助金の交付を受けることができる者（以下「補助対象者」という。）は、伯耆町に居住し、かつ、伯耆町の住民基本台帳に登録されている者で、アルツハイマー病治療の検査、治療を希望する者とする。

(補助対象経費)

第4条 本補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、検査又は治療を受けた各月ごとに算出して得た次の各号に掲げる額のうち、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第2号又は第3号によるものとする。

- (1) 別表第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別表第2の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別表第2の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

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、次のとおりとする。

- (1) レカネマブ投与治療を開始する前に実施した検査に係る経費 10/10
 - (2) 前号以外の検査及び治療に係る費用 1/2
- 2 前項の規定により算出した額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額とする。
- 3 補助金額は40万円を上限とする。
- 4 前項の上限額は生涯で算定することとし、転居等による交付主体の変更、年度替わり等による再算定は行わない。

(補助金交付申請)

第6条 補助対象者は、初期検査を受けた日からレカネマブ投与治療を開始する日までに、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金予備申請書（様式第1号）により予備申請を行わなければならない

2 補助対象者は、次の各号に掲げる日までに、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付申請書兼実績報告書（様式第2号）により、前年1月1日から12月31日の間に発生した補助対象経費に係る交付申請を行わなければならない。

- (1) 各年1月1日において治療を継続している場合 1月末日
 - (2) 治療が終了又は治療を中断した場合 終了又は中断した日から30日が経過する日
- 3 前項の申請書兼実績報告書に添付すべき書類は、次のとおりとする。

- (1) 治療に係る医療機関の証明書（様式第3号）又は診療明細書等
- (2) 検査及び治療に係る医療機関が発行した領収証の写し

(3) 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。）

(4) その他町長が必要と認める書類

(補助金の交付決定等)

第7条 町長は、前条の規定による伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付申請書兼実績報告書の提出があったときは、その内容を審査し、補助金を交付すべきものと認めるときは、交付すべき補助金の額を決定し、その旨を所定の通知書により通知するものとする。

(補助金の交付等)

第8条 前条の規定による補助金の交付決定通知を受けた者は、所定の請求書により速やかに町長に補助金の交付を請求し、町長は、これに基づき補助金を交付するものとする。

(書類の保存)

第9条 補助対象者は、本補助金の交付申請及び実績報告に係る書類及びその内容を証する書類を整備し、補助事業等の完了した年度の翌年度から起算して5年間、これらを保存しておかなければならない。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公示の日から施行し、令和6年5月1日から適用する。

別表第1（第4条関係）

補助対象者の補助上限

単位：円

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
①～③現役並み所得者	①請求前年に係る住民税の課税所得690万円以上の者	252,600	140,100	252,600	140,100
	②請求前年に係る住民税の課税所得380万円以上の者	167,400	93,000	167,400	93,000
	③請求前年に係る住民税の課税所得145万円以上の者	80,100	44,400	80,100	44,400
④一般所得者	①～③及び⑤以外の者	57,600	44,400	12,000	
⑤低所得者	住民税の非課税者等	35,400	24,600	8,000	

別表第2（第4条関係）

間接補助対象経費となる項目と基準額

単位：円

間接補助対象経費となる項目	基準額	備考
・アミロイドPET検査	150,000	・原則、保険診療に限る。ただし、診断の精緻化のため医師の特別の判断による場合は、保険診療による検査に加え、1回のみを保険診療適用外の検査によることができる。
・脳髄液検査	13,000	・保険診療に限る。
・レカネマブ投与	1mg当たり230	・原則として、隔週1回までとする。 ・保険診療に限る。
・レカネマブ投与中における頭部MRI検査	19,000	・保険診療に限る。