

○伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱

令和8年3月30日

告示第43号

(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（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) アルツハイマー病治療薬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アルツハイマー病治療薬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。ただし、やむを得ない事情により補助対象者が予備申請を行うことができなかつた場合には、治療開始後速やかに申請することにより、前段の予備申請に代えることができる。

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兼請求書(様式第2号)(以下「申請書等」という。)により、前年度1月1日から今年度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) 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

(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 前項の申請書等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(町が補助対象者及びその世帯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、前条の規定による申請書等の提出があつたときは、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、その旨を伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付決定(却下)通知書兼確定通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(書類の保存)

第8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9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。

附 則 (令和7年5月16日告示第147号)

この告示は、公示の日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

附 則 (令和8年3月30日告示第43号)

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

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	・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、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	1 mg当たり 230	・保険診療に限る。
・ドナネマブ投与	1 mg当たり 200	・保険診療に限る。
・頭部MRI検査	19,000	・保険診療に限る。

伯耆町長 様

伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金予備申請書

標記補助金について、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

なお、補助の適正を図るために必要な場合は、伯耆町が他自治体に対し、過去の補助状況及び所得区分の照会・情報提供をすることについて同意します。

また、医師等の説明を聞き、十分に効果及び副作用を理解した上で申請をします。

記

申請者	ふりがな			
	氏名	印 <small>（自署の場合押印省略可）</small>		
	住所	〒 伯耆町	電話	
過去等の補助金の活用状況（治療歴） 該当に☑	<p>1 過去の本補助金の活用の有無  <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで                  補助金額 円</p> <p>2 過去他補助金の活用の有無  <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで                  補助金額 円</p> <p>3 今後の他補助金の活用の有無  <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで（想定）                  補助金額 円（想定）</p>			
指定連絡先	●本件に関する連絡先を、下記のとおり指定します。			
	郵便番号	-		
	住所			
	氏名	（申請者との続柄）		
	電話番号	- -		

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兼請求書

伯耆町長 様

申請者 住所  
氏名

伯耆町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、関係書類を添えて次のとおり申請兼実績報告及び請求を行います。

なお、前年の1月1日現在、伯耆町民であった場合、本補助金の申請に当たって、所得区分の判定のため公簿を確認することに同意します。

1. 交付申請（実績報告）

補助対象者氏名 (治療を受ける方)	
補助対象治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
補助対象経費	円 (上限80万円)
補助金交付申請額	円 (上限40万円)
添付書類	(1) 治療に係る医療機関の証明書又は診療明細書等 (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(町が補助対象者及びその世帯の所得区分を確認できない場合に限り。) (4) その他町長が必要と認める書類

2. 補助金振込先（補助対象者名義の口座を指定してください。）

指定振込口座	銀行 ・ 金庫		本店 ・ 支店	
	組合 ・ 農協		本所 ・ 支所	
	種目	口座番号	口座名義人氏名	
1. 普通 2. 当座 3. その他		(7ガナ)		

【伯耆町記入欄】

所得区分 (対象年 年)	① ② ③ ④ ⑤
--------------	-----------

様式第3号 (第6条第3項第1号関係)

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)、アルツハイマー病治療薬の投与量など、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、単なる領収証及び「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。

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付決定（却下）通知書兼確定通知書

様

伯耆町長  
（公印省略）

年 月 日付で申請のあった伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金の交付について、下記のとおり決定しましたので、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第7条の規定に基づき通知します。

記

申請に対する決定内容	交付決定兼確定 ・ 却下
交付決定（確定）額	円
却下理由 （却下の場合のみ記入）	

（内訳）

	補助対象経費	補助金額
（1）治療開始前検査に係る経費	円	円
（2）（1）以外の検査・治療に係る経費	円	円
合計 ※上限40万円	円	円 ※100円未満切り捨て

様式第1号（第6条関係）

様式第2号（第6条関係）

様式第3号（第6条第3項第1号関係）

様式第4号（第7条関係）