# 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２０２４０００００３８７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

４　申請者は、当該者が免税事業者、簡易課税事業者、特定収入割合が５パーセントを超えている公益法人等（消費税法別表第３に掲げる法人及び同法第２条第１項第７号に規定する人格のない社団等）であるとき、又は交付申請に当たり仕入控除税額が明らかでないときは、第４条本文の規定にかかわらず、仕入控除税額を含む補助対象経費の額をもって算定した本補助金の額（以下「仕入控除税額を含む額」という。）の範囲内で交付申請をすることができる。

５　市長は、前項の規定による申請を受けたときは、第４条本文の規定にかかわらず、仕入控除税額を含む額の範囲内で交付決定をすることができる。この場合においては、仕入控除税額が明らかになった後、速やかに、交付決定に係る本補助金の額（変更された場合は、変更後の額とする。以下「交付決定額」という。）から当該仕入控除税額に対応する額を減額するものとする。

６　本補助金の交付を受ける者は、交付決定の後に、申告により仕入控除税額が確定した場合、速やかに市長に報告しなければならない。なお、その額が交付決定額に係る仕入控除税額を超えるときは、市長の返還命令を受けて、当該超える額に対応する額を市に返還しなければならない。

（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。

附　則

この要綱は、令和８年１１月１６日から施行し、令和８年度事業から適用する。ただし、改正後の鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱別表中県交付要綱別表２に掲げるひと月当たりの補助基準額の規定は、令和８年８月診療分から適用する。

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、２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。<br>１　県交付要綱別表２に掲げるひと月当たりの補助基準額<br>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３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（申請年度の前年度の１月１日から申請年度の１２月３１日までに負担したものに限る。） |
| ２　補助率 | 初期検査にかかる費用については１０／１０以内。<br>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<br>（治療を受ける方） | 氏　　名 | | |
| | 住　　所 | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| ２　事業の目的<br>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) | 円 | |
| | ②　初期検査以外の検査、治療 | 円 | |
| ４　交付申請額 | 円<br>（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<br>活用の有無 | □　あり（補助金名：　　） | | |
| | □　なし | | |
| ６　消費税の<br>取り扱い | □一般課税事業者　□簡易課税事業者　□免税事業者<br>□特定収入割合が５％を超えている公益法人<br>□仕入控除税額が明らかでない一般課税事業者 | | |

７　振込先

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合 | 本店<br>支店<br>支所<br>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<br>（※申請者名義） | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 鳥取市記入欄 | 交付決定年月日<br>（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。