アルツハイマー病治療薬の
投与治療や初期検査の費用を助成します

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 **対象経費 上限４０万円** に対して、補助金を交付します。



対象となる方

鳥取市内に住所があり、アルツハイマー病治療薬（レカネマブ、ドナネマブ）の検査、投与治療を希望する方

対象となる検査、治療

- ☐ アミロイドＰＥＴ検査
- ☐ 脳髄液検査
- ☐ レカネマブ投与
- ☐ ドナネマブ投与
- ☐ 頭部ＭＲＩ検査
- ☐ 上記に付随する診察・検査





手続きの流れ

※「②予備申請」と「③治療薬投与」は順序が逆になっても申請いただけます。治療開始後、速やかに予備申請書を提出してください。

① 初期検査

補助対象となる初期検査は、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です。

② 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与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

レカネマブ投与、ドナネマブ投与にかかる費用に加え、治療に関連する診察・検査も補助対象となります。

④ 交付申請

裏面に記載の「申請に必要な書類」を市役所窓口に提出してください。



お問い合わせはこちら

鳥取市役所福祉部　長寿社会課
☎（0857）30-8211
〈受付時間／8：30～17：15（土日祝日除く）〉

裏面もご覧ください

補助対象となる経費

検査や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、最も少ない合計額（※合計額の上限は生涯で４０万円）を補助対象経費とします。

（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基準額〈表〉
（２）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〉

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
① 690万円以上の方	270,300円	140,100円	270,300円	140,100円
② 380万円以上の方	179,100円	93,000円	179,100円	93,000円
③ 145万円以上の方	85,800円	44,400円	85,800円	44,400円
④ 145万円未満で、課税されている方	61,500円	44,400円	22,000円	
⑤ 非課税の方	36,900円	24,600円	8,000円	

※上記の区分は、申請者の所得に、同一世帯員の所得を加えて決定する場合があります。

補助金額

◆初期検査の費用…補助対象経費全額
◆初期検査以外の検査及び治療の費用…補助対象経費の1/2
（ただし、千円未満の端数は切り捨てます。）



交付申請の時期

対象となる検査・治療について、まとめて申請してください。
〇各年１月１日において治療を継続している場合…１月末日まで
〇治療が終了または中断した場合…終了・中断した日から３０日以内

交付申請に必要な書類

① 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
② 検査および治療にかかる医療機関が発行した領収書の写し
③ 診療明細書の写し
（※具体的な治療内容、所得区分の確認のため、上記以外の資料の提出を求めることがあります。）

申請書は、鳥取市公式ウェブサイトからダウンロードできます。
https://www.city.tottori.lg.jp/page/4447.html

問い合わせ先
申請書等提出先
鳥取市役所福祉部　長寿社会課　☎（0857）30-8211
〒680-8571　鳥取市幸町71番地〈本庁舎1階　福祉総合窓口(13番窓口)〉