

別表（第3条関係）

1 補助事業	2 事業実施主体	3 補助対象経費	4 補助率	5 重要な 変更
アルツハイマー病治療薬への補助事業	アルツハイマー病治療薬への検査、治療を希望する者	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から3までの額のうち、最も少ない額の合計額とする。なお、合計額の上限は、補助対象者1名あたり400千円（生涯管理かつ1回のみ） 1 鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱（以下「県交付要綱」という。）別表（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または治療のうち県交付要綱別表2（2）の間接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または治療のうち県交付要綱別表2（2）の間接補助対象経費となる項目に該当する検査または治療で、領収書等により確認できる自己負担額	レカネマブ投与治療を開始する前に実施した検査にかかる費用は10/10以内。 なお、上記以外の検査及び治療に係る費用は1/2以内	補助金額の増額又は30%以上の減額