

鳥取県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、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第4条の規定に基づき、鳥取県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、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県民の生活負担を軽減することを目的として交付する。

(補助金の交付)

- 第3条 県は、前条の目的の達成に資するため、別表の第1欄に掲げる事業（以下「間接補助事業」という。）を行う同表の第2欄に掲げる者に対し、当該間接補助事業に要する同表の第3欄に掲げる経費（以下「間接補助対象経費」という。）の額（仕入控除税額（間接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）に規定する仕入に係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。）に同表の第4欄に定める率を乗じて得た額以上の間接補助金を交付する同表の第5欄に掲げる者に対し、予算の範囲内で本補助金を交付する。
- 2 本補助金の額は、前項に規定する間接補助金（以下単に「間接補助金」という。）の額に同表の第6欄に定める率を乗じて得た額（同表の第3欄に定める額を限度とする。）以下とする。
- 3 なお、鳥取県産業振興条例（平成23年鳥取県条例第68号）の趣旨を踏まえ、補助事業の実施に当たっては、県内事業者への発注に努めなければならない。

(交付申請の時期等)

- 第4条 本補助金の交付申請は、別に定める日までに行わなければならない。
- 2 規則第5条の申請書に添付すべき同条第1号及び第2号に掲げる書類は、それぞれ様式第1号及び様式第2号によるものとする。
- 3 本補助金の交付を受けようとする者は、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（消費税法別表第三に掲げる法人及び同法第2条第7項に規定する人格のない社団等）若しくは地方公共団体であるとき、又は仕入控除税額が明らかでないときは、前条第2項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に補助率を乗じて得た額（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。

(交付決定の時期等)

- 第5条 本補助金の交付決定は、原則として、交付申請を受けた日から30日以内に行うものとする。
- 2 本補助金の交付決定通知は、様式第3号によるものとする。
- 3 知事は、前条第3項の規定による申請を受けたときは、第3条第2項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。

(間接交付の条件)

第6条 本補助金の交付を受ける者（以下「補助事業者」という。）は、間接補助金を交付するときは、その交付を受ける者（以下「間接補助事業者」という。）に対し、次の表の左欄に掲げる規則の規定（これらの規定中同表の中欄に掲げる字句を同表の右欄に掲げる字句に、それぞれ読み替えたものとする。）に準じた内容の条件を付さなければならない。

第12条（第4項を除く。）、第13条、第14条、第16条第2項後段、第17条、第25条及び第26条	補助事業者等	間接補助事業者等
	交付決定	間接交付の決定
	補助事業等	間接補助事業
	知事	補助事業者
	様式第2号による	補助事業者が定める
	対象事業	間接補助事業
	様式第3号による	補助事業者が定める
	補助金等及び間接県費補助金等	間接補助金

（承認を要しない変更）

第7条 規則第12条第1項の知事が別に定める変更は、間接補助金の減額以外の変更とする。

2 第5条第1項の規定は、変更等の承認について準用する。

（間接的な変更等の承認）

第8条 補助事業者は、第6条の規定により付した規則第12条の規定に準じた内容の条件に基づき、間接補助事業について変更等の承認をしようとするときは、あらかじめ規則様式第2号による申請書を知事に提出して、その承認を受けなければならない。

2 第5条第1項の規定は、前項の規定による知事の承認について準用する。

3 補助事業者は、第1項に規定する条件に基づき、規則第12条第1項（同条第2項において準用する場合を含む。）の別に定める変更等を定めるに当たっては、間接補助事業ごとに別表の第7欄に定める変更並びに間接補助事業の中止及び廃止を定めてはならない。

（指示等の報告）

第9条 補助事業者は、第6条の規定により付した規則第13条又は第16条第2項後段の規定に準じた内容の条件に基づき、間接補助事業者に対して指示をし、又は間接補助事業者から報告を受けたときは、直ちにその旨を知事に報告しなければならない。

（実績報告の時期等）

第10条 規則第17条第1項の規定による報告（以下「実績報告」という。）は、次に掲げる日までに行わなければならない。

（1） 規則第17条第1項第1号又は第2号の場合にあっては、間接補助事業の完了又は間接交付の中止若しくは廃止の日から30日を経過する日

（2） 規則第17条第1項第3号の場合にあっては、補助事業等の完了予定年月日の属する年度の翌年度の4月20日

2 規則第17条第1項の報告書に添付すべき同条第2項第1号及び第2号に掲げる書類は、それぞれ様式第1号及び様式第2号によるものとする。

3 補助事業者は、実績報告に当たり、その時点で明らかになっている仕入控除税額（以下「実績報告控除税額」という。）が交付決定額に係る仕入控除税額（以下「交付決定控除税額」という。）を超える場合は、間接補助対象経費の額からその超える額を控除して報告しなければならない。

4 補助事業者は、実績報告の後に、申告により仕入控除税額が確定した場合において、その額が実績報告控除税額（交付決定控除税額が実績報告控除税額を超えるときは、当該交付決定控除税額）を超えるときは、様式第4号により速やかに知事に報告し、知事の返還命令を受けて、その超える額に対応する額を県に返還しなければならない。

（雑則）

第11条 規則及びこの要綱に定めるもののほか、本補助金の交付について必要な事項は、福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月23日から施行し、令和6年度事業から適用する。

別表 1（第 3 条、第 8 条関係）

1 間接補助事業	2 事業実施主体	3 間接補助対象経費	4 間接補助率	5 間接交付主体	6 補助率	7 間接補助事業の重要な変更
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、間接補助対象者 1 名あたり 400 千円（生涯管理かつ 1 回のみ）とする。 1 別表 2（1）に掲げるひと月当たり補助上限額 2 間接補助対象者が受診した検査または治療のうち別表 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 間接補助対象者が受診した検査または治療のうち別表 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。	市町村	1／2	補助金額の増額又は 30％以上の減額

別表 2（第 3 条、第 8 条関係）

（ 1 ） 補助事業者の補助上限額

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請求前年にかか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請求前年にかか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請求前年にかか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	市区町村民税の非課税者等	35, 400	24, 600	8, 000	

（ 2 ） 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 P E T 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あたり 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MR I 検査	19, 000	・ 保険診療に限る。

様式第 1 号（第 4 条、第 1 0 条関係）

年度鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金事業計画（報告）書

1 事業の目的
2 事業計画の内容
3 事業費の内訳
4 他の補助金の活用の有無（有・無） ※他の補助金の活用の有無について、「有」、「無」のいずれかに○をしてください。 ※「有」の場合は、活用する補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ先（補助金を所管している部署名や団体名及び連絡先）を記載してください。
5 消費税の取り扱い（地方公共団体）
6 その他

様式第 2 号（第 4 条、第 1 0 条関係）

年度鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金事業収支予算（決算）書

(収入の部) (単位：円)

科 目	予 算 額	決 算 額	差引増減額	摘 要
県補助額				
市町村負担額				
その他				
合 計				

(支出の部) (単位：円)

科 目	予 算 額	決 算 額	差引増減額	摘 要
合 計				

様

職氏名

年度鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金交付決定通知書

年 月 日付の申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金（以下「本補助金」という。）については、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので、規則第8条第1項の規定により通知します。

記

1 対象事業

本補助金の対象事業は、「アルツハイマー病治療薬への補助事業」とし、その内容は、生活負担を軽減させるため検査及び治療費用への補助とする。

2 交付決定額等

本補助金の算定基準額及び交付決定額は、次のとおりとする。ただし、対象事業の内容が変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

- (1) 算定基準額 金 円
- (2) 交付決定額 金 円

3 経費の配分

本補助金の間接補助対象経費の配分及びその配分された経費に対応する交付決定額は、交付申請書のとおりとする。ただし、対象事業の内容が変更された場合においては、別に通知するところによる。

4 交付額の確定

本補助金の額の確定は、間接補助対象経費の実績額について、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日付第202400000387号福祉保健部長通知。以下「要綱」という。）第3条第2項及び第5条第3項の規定を適用して算定した額と、前記2の(2)の交付決定額（変更された場合は、変更後の額とする。）のいずれか低い額により行う。

5 補助規程の遵守

本補助金の収受及び使用、補助事業の遂行等に当たっては、規則及び要綱の規定に従わなければならない。

第 年 月 日 号

様

事業実施主体

年度鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金仕入控除税額確定額報告書

年 月 日付第 号により交付決定の通知のあった〇年度鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金について、鳥取県アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第 10 条第 4 項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 鳥取県補助金交付規則第 18 条に基づく確定額
(年 月 日付第 号による額の確定通知額)

金 円
- 2 消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額

金 円
- 3 補助金の額の確定までに減額した仕入控除税額

金 円
- 4 補助金返還額（2 から 3 の額を差し引いた額）

金 円
- 5 添付資料

(1) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算方法や積算内訳等を記載した書類
(2) 課税期間分の消費税及び地方消費税の確定申告書（写し）
(3) 課税売上割合・控除対象仕入れ税額等の計算表（写し）

様式第 4 号 別紙（第 1 0 条関係）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の計算方法や積算の内訳等を記載した書類

- 1 代表者職氏名
- 2 対象事業名
- 3 補助金額
- 4 当該補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額
- 5 4 の計算方法や積算の内訳

（1）補助対象経費（補助金の使途）の内訳

区 分						非課税仕入れ	合計
		課税仕入れ	課税売上 対応分	非課税売上対 応分	共通対応分		
経 費 の 内 訳							

（2）課税売上割合 %

（3）補助金に係る仕入控除税額の計算方法

第 年 月 号 日

様

事業実施者

年度鳥取県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、鳥取県補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。
なお、助成の適正を図るために必要な場合は、鳥取県及び市町村が他自治体に対し、過去の助成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。

申請者	ふりがな			
	氏 名	印		
	住所	〒	電話	(自署の場合押印省略可)
過去等の補助金の活用状況 (治療歴) 該当に ☒		1 過去の本補助金の活用の有無 ☐ 無 ☐ 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 2 過去の他補助金の活用の有無 ☐ 無 ☐ 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 3 今後の他補助金の活用の有無 ☐ 無 ☐ 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで (想定) 補助金額 円 (想定)		

様式第 6 号（別表 1（第 3 条、第 8 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。