

告示第26号

江府町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱の制定をここに公布する。

令和8年 4月 1日

江府町長 白石祐治

江府町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱

令和8年4月1日

告示26号

(趣旨)

第1条 この要綱は、江府町補助金等交付規則（昭和38年規則第13号。以下「規則」という。）に基づき、江府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、江府町に居住し、かつ、江府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

(書類の保存)

第9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10条 この要綱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 この要綱は、公示の日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

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

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

江府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

江府町長 様

申請者 住所
氏名

江府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・実績報告を行います。

なお、前年の1月1日現在、江府町民であった場合、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。

補助金の名称	江府町アルツハイマー病治療薬補助金
補助対象治療期間	年 月 日から 年 月 日
所得区分	住民税課税所得の対象年 年 ① ② ③ ④ ⑤
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 (4) その他町長が必要と認める書類

様式第4号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

江府町長 白石 祐 治

江府町アルツハイマー病治療薬補助金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました江府町アルツハイマー病治療薬補助金について、下記のとおり交付決定しましたので、第7条の規定により通知します。

記

1. 交付決定額

円