

身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具 補助辦法修正條文對照表

修正名稱	現行名稱	說明
身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法	身心障礙者醫療復健 <u>所</u> <u>需</u> 醫療費用及醫療輔具 補助辦法	為符合現行條文第三條用語一致，並為使現行名稱更清楚，爰修正本辦法之名稱。
修正條文	現行條文	說明
第一條 本辦法依身心障礙者權益保障法（以下簡稱本法）第二十六條第二項規定訂定之。	第一條 本辦法依身心障礙者權益保障法（以下簡稱本法）第二十六條第二項規定訂定之。	本條未修正。
第二條 本辦法之補助對象，為依本法領有身心障礙證明，最近一年居住國內超過一百八十三日，且符合本辦法規定者。 直轄市、縣（市）主管機關對轄區內身心障礙者之補助，不得有設籍時間之限制。	第二條 本辦法之補助對象，為依本法領有 <u>身心障礙手冊或身心</u> 障礙證明，最近一年居住國內超過一百八十三日，且符合本辦法規定者。 直轄市、縣（市）主管機關對轄區內身心障礙者之補助，不得有設籍時間之限制。	依本法第一百零六條第一項及第四項規定，原執舊制永久效期身心障礙證明作業規範之期限已屆至，爰修正第一項補助對象之規定；另直轄市、縣（市）主管機關實務上如遇執舊制永久效期身心障礙手冊者，宜向其戶籍所在地直轄市、縣（市）社會福利主管機關確認身心障礙手冊是否已註銷。
第三條 本辦法所稱醫療復健費用，指尚未納入全民健康保險給付範圍，且符合第五條附表所列之醫療復健費用。	第三條 本辦法所稱醫療復健 <u>所需醫療費用</u> （以下簡稱 <u>醫療費用</u> ），指尚未納入全民健康保險給付範圍內，且符合第五條附表所列之醫療復健費用。	配合本辦法修正名稱用語一致及現行條文所指之醫療復健費用，修正用語，另酌作文字修正。
第四條 本辦法所稱醫療輔具，指尚未納入	第四條 本辦法所稱醫療輔具，指尚未納入	配合本法第五條用語，修正用語，另酌作文字

<p>全民健康保險給付範圍，經醫師診斷或經醫事人員評估為醫療復健所需，具有促進恢復身體<u>系統構造</u>、生理功能或避免併發症，且符合第五條附表所列之醫療輔具。</p>	<p>全民健康保險給付範圍<u>內</u>，經醫師診斷或經醫事人員評估為醫療復健所需，具有促進恢復身體結構、生理功能或避免併發症，且符合第五條附表所列之輔助器具。</p>	<p>修正。</p>
<p>第五條 醫療復健費用及醫療輔具之補助項目、補助金額、使用年限及補助條件，依附表規定。</p> <p><u>前項附表，自中華民國一百十一年一月一日施行。</u></p>	<p>第五條 醫療費用及醫療輔具之補助項目、<u>補助對象資格、補助上限、使用年限、功能或規格規範、醫療輔具評估規定</u>及其他相關事項，依<u>醫療費用及醫療輔具補助標準表(如附表)</u>之規定。</p>	<p>一、配合修正條文第三條用語一致，修正第一項用語，並酌作文字修正；另修正附表。</p> <p>二、增訂第二項，因應行政作業及系統功能增修之所需作業時間等，爰明定附表自一百十一年一月一日施行。</p>
<p>第六條 醫療輔具評估，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構(以下稱評估單位或機構)依前條附表辦理。</p> <p>依前項規定為醫療輔具評估後，評估單位或機構應依前條附表之規定，發給診斷證明書或醫療輔具評估報告。</p>	<p>第六條 醫療輔具評估，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構(以下稱評估單位或機構)依前條附表辦理。</p> <p>依前項規定為醫療輔具評估後，評估單位或機構應依前條附表之規定，發給診斷證明或醫療輔具評估報告。</p>	<p>第二項酌作文字修正。</p>
<p>第七條 醫療復健費用及醫療輔具補助之申請程序如下：</p> <p>一、以第二條所定之補助對象或其法定代理人為申請</p>	<p>第七條 醫療費用及醫療輔具補助之申請程序如下：</p> <p>一、以第二條所定之補助對象或其法定代理人為申請</p>	<p>一、配合修正條文第三條用語一致，修正序文及第二款用語。</p> <p>二、因目前全民健康保險特約醫院僅提供</p>

<p>人。</p> <p>二、申請醫療復健費用補助者，應檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本或副本，及申請書，於出院或就醫後三個月內，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出。</p> <p>三、申請醫療輔具補助者，應<u>填具</u>申請書，<u>並檢附</u>第五條附表所定文件、資料，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出；已於身心障礙鑑定時提出相關福利需求，並經醫療輔具評估為補助對象者，得由評估單位或機構轉介辦理，免自行提出。</p>	<p>人。</p> <p>二、申請醫療費用補助者，應檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本及申請書，於出院或就醫後三個月內，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出。</p> <p>三、申請醫療輔具補助者，應檢具申請書及第五條附表所定文件，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關提出；已於身心障礙鑑定時提出相關福利需求，並經醫療輔具評估為補助對象者，得由評估單位或機構轉介辦理，免自行提出。</p>	<p>自付費用收據正本一份，考量身心障礙者申請商業保險理賠或其他福利與服務等，需檢附自付費用收據正本，爰修正第二款申請醫療復健費用補助者，應檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本或副本。</p> <p>三、第三款酌作文字修正。</p>
<p>第八條 醫療復健費用及醫療輔具補助申請之審核程序如下：</p> <p>一、直轄市、縣(市)主管機關就前條申請案件，應於七日內完成審核，並以書面通知申請人審核結</p>	<p>第八條 醫療費用及醫療輔具補助申請之審核程序如下：</p> <p>一、直轄市、縣(市)主管機關就前條申請案件，應於七日內完成審核，並以書面通知申請人審核結</p>	<p>一、配合修正條文第三條用語一致，修正第一項序文用語。</p> <p>二、第一項第二款及第二項酌作文字修正。</p>

<p>果；未符合資格者，並應載明不符資格原因。</p> <p>二、申請醫療輔具補助者，應於核定日起六個月內，依核定項目完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及第五條附表所定文件、資料，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關申請撥付補助款；未依核定項目購置或租賃者，不予補助。</p> <p>三、直轄市、縣(市)主管機關應於申請撥付補助款一個月內，完成核撥。</p> <p>申請醫療輔具補助對象因特殊情況，有先行購置或租賃醫療輔具之必要者，應於先行購置或租賃後，檢附前條第三款之文件、資料及前項第二款之憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。</p>	<p>果；未符合資格者，並應載明不符資格原因。</p> <p>二、申請醫療輔具補助者，應於核定日起六個月內，依核定項目完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及第五條附表所定應備文件，向戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關申請撥付補助款；未依核定項目購置或租賃者，不予補助。</p> <p>三、直轄市、縣(市)主管機關應於申請撥付補助款一個月內，完成核撥。</p> <p>申請醫療輔具補助對象因特殊情況，有先行購置或租賃醫療輔具之必要者，應於先行購置或租賃後，檢附前條第三款之文件及前項第二款之憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。</p>	
<p>第九條 依其他法令規定申請相同性質之醫療復健費用、醫療輔具補助，與依本辦法申請補助者，僅得從</p>	<p>第九條 依其他法令規定申請相同性質之醫療費用、醫療輔具補助，與依本辦法申請補助者，僅得從優擇</p>	<p>配合修正條文第三條用語一致，修正用語。</p>

優擇一補助。	一補助。	
第十條 申請人對醫療復健費用、醫療輔具補助核定結果有異議時，得於收到核定通知書之日起十五日內，檢附相關證明文件、資料，向原受理機關申請復查。	第十條 申請人對醫療費用、醫療輔具補助核定結果有異議時，得於收到核定通知書之日起十五日內，檢附相關證明文件，向原受理機關申請復查。	配合修正條文第三條用語一致，修正用語，另酌作文字修正。
第十一條 申請人申請醫療輔具補助經核定後，或屬第八條第二項所定情形而先行購置或租賃醫療輔具後，於購置或租賃補助款撥付前死亡者，得由其法定繼承人檢附申請人死亡證明、第七條第三款文件、資料及購買、租賃或付費憑證請領之。	第十一條 申請人申請醫療輔具補助經核定後，或屬第八條第二項所定情形而先行購置或租賃醫療輔具後，於購置或租賃補助款撥付前死亡者，得由其法定繼承人檢附申請人死亡證明、第七條第三款文件及購買、租賃或付費憑證請領之。	酌作文字修正。
第十二條 直轄市、縣(市)主管機關應建立補助醫療輔具之追蹤輔導機制，申請人並應配合辦理。	第十二條 直轄市、縣(市)主管機關應建立補助醫療輔具之追蹤輔導機制，申請人並應配合辦理。	本條未修正。
第十三條 <u>申請人</u> 以詐術或其他不正當方法申請或領取補助者，直轄市、縣(市)主管機關不予補助或停止補助；已核發之補助款，應令其限期返還。	第十三條 以詐術或其他不正當方法申請或領取補助者，直轄市、縣(市)主管機關應不予補助或停止補助；已核發之補助款，應追回之。	考量實務運作需要，明定不予補助或停止補助之情形，另酌作文字修正。
第十四條 本辦法除另 <u>定施行日期者外</u> ，自發布日施行。	第十四條 本辦法自 <u>中華民國一百零一年七月十一日</u> 施行。 <u>本辦法修正條文</u> ，除一百零二年六	一、依法制體例，全案修正之末條應採新訂定案方式辦理，無須保留現行條文歷次施行日期。

	<u>月二十六日修正發布之第五條附表，自一百零二年六月二十八日施行外，自發布日施行。</u>	二、修正本辦法施行日期，除修正條文第五條第二項另定附表之施行日期外，自發布日施行。
--	--	---

第五條附表修正對照表

修正名稱							現行名稱							說明
附表 醫療復健費用及醫療輔具補助標準							附表 醫療費用及醫療輔具補助標準表							配合修正條文第三條規定，修正名稱，並酌作文字修正。
修正規定							現行規定							說明
一、醫療復健費用														由現行規定醫療費用移入，並配合修正名稱用語一致，修正用語。
編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	中低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	最低使用年限(年)	補助條件	編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定	說明
1	人工電子耳植入手術費用	120,000	90,000	60,000	終身一次	補助對象應符合第二條第一項規定，並經身心障礙者輔具補助辦法規定之評估方式，確認其需求，並提供輔具評估報告者。								一、由現行規定醫療費用編碼 1「人工電子耳植入手術費用」移入。 二、配合身心障礙者輔

二、醫療輔具												配合修正名稱，增列醫療輔具。		
1	電動拍痰器	15,000	11,300	7,500	3	<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因身體系統構造或功能損傷，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳嗽以清除痰液，須長期使用左列項目，以協助自行換氣，改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請規定：應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或</p>	1	電動拍痰器	15,000	11,300	7,500	三	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因身體功能損傷，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳嗽以清除痰液，須長期使用左列醫療輔具，以協助自行換氣，改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助，應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。</p> <p>三、醫療輔具之規格或功能規範如下： (一)電動拍痰器應符合以下規格及功能： 1.馬力小於1/20 HP。</p>	<p>一、將現行規定編碼 2「抽痰機」分列為編碼 2「非蓄電式抽痰機」及編碼 3「蓄電式(交直流兩用)抽痰機」，其後編碼配合遞移。</p> <p>二、最低使用年限修正為阿拉伯數字。</p> <p>三、修正補助條件：專科醫師科別、規格或功能規範及其他規定等，並酌作文字修正。</p>
2	非蓄電式抽痰機	5,000	3,800	2,500	3		2	抽痰機	5,000	3,800	2,500	三		

3	蓄電式 (交直 流兩 用)抽 痰機	10,000	7,500	5,000	3	呼吸功能不全,致 有左列項目需求。 三、規格或功能規範 如下： (一) 電動拍痰器： 1.馬力 ≤1/20HP。 2.拍打頻率≥20 次/秒。 3.應有醫療器 材許可證字 號。 (二) 非蓄電式抽 痰機： 1.具壓力流量 大小調節功 能： <u>80-250</u> <u>mmHg</u> 。 2.應有醫療器 材許可證字 號。 (三) 蓄電式(交直 流兩用)抽痰 機： 1.具壓力流量 大小調節功 能： <u>80-250</u> <u>mmHg</u> 。 2.內建電池,於 停電時,可連 續抽吸 30 分							2. 拍打頻率應 高於 20 次/ 秒。 3. 應有醫療器 材查驗登記 字號。 (二)抽痰機應符 合以下規格 及功能： 1. 具壓力流量 大小調節功 能： 嬰兒:60-80 mmHg 小孩:80-100 mmHg 成人:100- 120 mmHg 2. 應有醫療器 材查驗登記 字號。 (三)化痰機(噴霧 器)應符合以 下規格及功 能： 1. 可提供 2-5 µm 大小之氣 霧粒子,以進 入下呼吸道 達到噴霧效 果。
4	化痰機 (噴霧 器)	5,000	3,800	2,500	3	化痰機 (噴霧 器)	5,000	3,800	2,500	三			

						<p>鐘之電力供應。</p> <p>3.應有醫療器材許可證字號。</p> <p>(四)化痰機(噴霧器):</p> <p>1.可提供 ≤ 5μm 氣霧粒子。</p> <p>2.應有醫療器材許可證字號。</p> <p>四、其他規定如下:</p> <p>(一)限居家自我照顧所需者申請。</p> <p>(二)應檢附輔具供應商出具之保固書影本。</p>							<p>2.應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>四、其他規定:</p> <p>(一)限居家自我照顧所需者申請。</p> <p>(二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</p>	
5	血氧偵測儀(血氧機)	6,000	4,500	3,000	3	<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定,並因重要器官失去功能致呼吸障礙,須長期使用左列項目,以監測或改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請規定如下:</p>	6	血氧偵測儀(血氧機)	6,000	4,500	3,000	三	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定,並因重要器官失去功能致呼吸障礙,須長期使用左列醫療輔具,以監測呼吸問題者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助,應出具診斷證</p>	<p>一、修正編碼。</p> <p>二、最低使用年限修正為阿拉伯數字。</p> <p>三、修正補助條件:將現行規定編碼 6「血氧偵測儀(血</p>

						<p>(一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左列項目需求。</p> <p>(二) 申請氧氣製造機，應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告，應由身心障礙者鑑定作業</p>						<p>明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。</p> <p>三、應具有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>四、其他規定如下：</p> <p>(一) 限居家自我照顧所需者申請。</p> <p>(二) 應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</p>	<p>氧機)」及編碼 7「氧氣製造機」之補助相關規定合併呈現；另修正專科醫師科別、規格或功能規範及其他規定等，並酌作文字修正。</p>	
6	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	5		7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	5	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因重要器官失去功能致呼吸障礙，須長期使用左列醫療輔具，以改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助，規定如下：</p> <p>(一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載</p>	

						<p>(2)精準度： 20-250BPM ±3BPM。</p> <p>3.應具有醫療器材許可證字號。</p> <p>(二)氧氣製造機： 1.流量範圍： 1-5 公升/分鐘。</p> <p>2.氧氣濃度： 1-5 公升/分鐘 93%±3%。</p> <p>3.輸出壓力：> 6.0psig。</p> <p>4.應具有醫療器材許可證字號。</p> <p>四、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具之保固書影本。</p>							
7	咳嗽 (痰)機 (Cough Assist Machine)	120,000	90,000	60,000	5	<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因神經肌肉損傷或弱化，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳</p>							<p>一、本項新增。</p> <p>二、考量身心障礙者呼吸功能需要，爰予增訂。</p>

						<p>嗽以清除痰液，須長期使用本項，以排除呼吸道分泌物，協助自行換氣功能，改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請規定如下：</p> <p>(一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有神經肌肉損傷或弱化，造成自主咳嗽障礙或自主咳嗽不全，致有</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p><u>長期使用本項需求。</u></p> <p>(二) <u>應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具，並載明有本項需求。</u></p> <p><u>三、規格或功能規範如下：</u></p> <p>(一) <u>壓力範圍：</u> <u>吸氣壓力 \geq 0-50cmH₂O。</u> <u>吐氣壓力 \geq -50-0 cmH₂O。</u></p> <p>(二) <u>時間可設定</u></p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>額內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(三) 應檢附其他文件、資料：</p> <p>1. 採購置者，應提供輔具供應商出具之保固書正本(正本查驗後發還，影本留存)。</p> <p>2. 採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。</p>								
8	單相陽壓呼吸器 (C-PAP : Continuous Positive Airway Pressure)	40,000	30,000	20,000	5	<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因下列原因，須長期使用下列項目，以改善呼吸問題者。</p> <p>(一) 單相陽壓呼吸器：因重度缺氧最低達 $SpO_2 \leq 85\%$ 或 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$。</p> <p>(二) 雙相陽壓呼吸器：因肺部</p>	5	單相陽壓呼吸器 (C-PAP : Continuous Positive Airway Pressure)	40,000	30,000	20,000	5	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因<u>重度睡眠呼吸障礙，未滿 19 歲 Apnea-hypopnea index (AHI) > 每小時 20 次，或每日累積重度缺氧時間 ($SpO_2 \leq 92\%$) 超過 1 小時(含) 以上：年滿 19 歲以上 Apnea-hypopnea index</u></p>	<p>一、修正編碼。</p> <p>二、修正規定二、醫療輔具編碼 9「雙相陽壓呼吸器」增列英文，並修正最高補助金額。</p> <p>三、最低使用年限修正為阿拉伯數字。</p>

						<p>3.應有醫療器材許可證字號。</p> <p>(二)雙相陽壓呼吸器：</p> <p>1.壓力範圍： 吸氣壓力4-30cmH₂O。 吐氣壓力4-10cmH₂O。</p> <p>2.具模式、吸氣及吐氣參數設定功能：含壓力值、呼吸次數(比例)、靈敏度調整、呼吸警報提醒檢視功能(管路面罩漏氣警報、低高壓警報)、內建式加熱潮溼器。</p> <p>3.附呼吸器面罩。</p> <p>4.應有醫療器材許可證字號。</p> <p>四、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者</p>							<p>助期限，並於最高補助金額範圍內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(四)應檢具之其他文件：</p> <p>1.採購置者，應提供輔具供應商出具之保固書正本(正本查驗後發還，影本留存)。</p> <p>2.採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。</p>
9	雙相陽壓呼吸器 (Bi-PAP : <u>Bilevel Positive Airway Pressure</u>)	<u>140,000</u>	<u>105,000</u>	<u>70,000</u>	<u>5</u>	<p>4</p> <p>雙相陽壓呼吸輔助器 (Bi-PAP)</p>	120,000	90,000	60,000	五	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因肺部功能損傷或切除，造成呼吸功能不全，致無法自行有效換氣，須長期使用呼吸類醫療輔具，以改善呼吸問題者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助，規定如下：</p>		

						<p>器補助，應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明病情惡化與無法僅用單相陽壓呼吸器。</p> <p>(五)曾領有左列雙相陽壓呼吸器補助者，於最低使用年限內，不得申請左列單相陽壓呼吸器。</p>						<p>4-30 cmH₂O。 吐氣壓力 2-10 cmH₂O。</p> <p>(二)具模式、吸氣及吐氣參數設定功能：含壓力值、呼吸次數(比例)、靈敏度調整、呼吸警報提醒檢視功能(管路面罩漏氣警報、低高壓警報)、內建式加熱潮溼器。</p> <p>(三)附呼吸輔助器之面罩。</p> <p>(四)應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>四、其他規定：</p> <p>(一)領有全民健康保險重大傷病給付部分，不予補助。</p> <p>(二)限居家自我照顧所需者申請。</p> <p>(三)本項補助醫</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---

													<p>療輔具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之補助期限，並於最高補助金額範圍內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(四)應檢具之其他文件：</p> <p>1. 採購置者，應提供輔具供應商出具之保固書正本（正本查驗後發還，影本留存）。</p> <p>2. 採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。</p>	
10	UPS 不斷電系統	2,500	1,900	1,300	3	一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因使用本表所列醫療輔具項目，有緊急供電之需求，以維護呼吸道通暢者。	8	UPS 不斷電系統	2,500	1,900	1,300	三	<p>一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因使用醫療輔具，有緊急供電之需求，以維護呼吸道通暢者。</p>	<p>一、修正編碼。</p> <p>二、最低使用年限修正為阿拉伯數字。</p>

						<p>二、應具有停電時，可以連續抽吸<u>30</u>分鐘之電力供應(每次抽痰機運作抽吸時間<u>1</u>分鐘計算，至少可提供<u>30</u>次之抽吸)。</p> <p>三、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具之保固書影本。</p>						<p>二、應具有停電時，可以連續抽吸三十分鐘之電力供應(每次抽痰機運作抽吸時間一分鐘計算，至少可提供三十次之抽吸)。</p> <p>三、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</p>	<p>三、修正補助條件：酌作文字修正。</p>	
11	壓力衣-A 款項-頭部、頸部	3,000	2,250	1,500	6個月	<p>一、補助對象符合第二條第一項規定，並因燒燙傷、皮膚損傷、腫瘤或循環障礙致有左列項目需求。</p> <p>二、申請規定如下： (一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及</p>	9	壓力衣-A 款-頭頸	2,500	1,900	1,300	六個月	<p>一、補助對象符合本辦法第二條第一項規定，並因燒燙傷、皮膚損傷、身體腫瘤或循環障礙致須壓力治療者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載</p>	<p>一、修正編碼。 二、考量實務運作需要及換洗需求，爰修正補助項目及補助金額。 三、最低使用年限修正為阿拉伯數字。 四、修正補助條件：專科</p>
12	壓力衣-B 款項-肩部、胸部、腹部、背部	4,600	3,450	2,300	6個月		10	壓力衣-B 款-肩胸腹背	4,000	3,000	2,000	六個月		

13	壓力衣 -C 款項 - 右 上 臂、右 肘、右 前臂	1,450	1,100	750	6 個 月	<u>構造之鑑定</u> <u>人員資格條</u> <u>件及鑑定方</u> <u>法與鑑定工</u> <u>具之第八類</u> <u>皮膚與相關</u> <u>構造及其功</u> <u>能之專科醫</u> <u>師開具，並載</u> <u>明有左列項</u> <u>目需求。</u> (二) 應出具醫療 輔具評估報 告；醫療輔具 評估報告，應 由身心障礙 者鑑定作業 辦法附表一 甲身體功能 及構造之鑑 定人員資格 條件及鑑定 方法與鑑定 工具之第八 類皮膚與相 關構造及其 功能之專科 醫師、物理治 療師或職能	11	壓力衣 -C 款- 右上肢	2,700	2,100	1,400	六個 月	明有壓力治 療需求者。 (二) 應出具醫療 輔具評估報 告；醫療輔具 評估報告，應 由相關專科 醫師、物理治 療師或職能 治療師為之， 並載明本項 需求。 三、應使用彈性布料， 且具對疤痕加壓 效果，並為量身訂 製之剪裁。 四、其他規定如下： (一) 各類項目合 併申請時，視 為補助一項 次。 (二) 同一部位於 第一次申請 後二年內，均 得免付診斷 證明書，並依 使用年限再 度申請。二年 後仍有需求	醫師科別 及其他規 定等，並酌 作文字修 正。
14	壓力衣 -D 款 項- 右 手、右 腕	2,000	1,500	1,000	6 個 月		12	壓力衣 -D 款- 左上肢	2,700	2,100	1,400	六個 月		
15	壓力衣 -E 款項 - 左 上 臂、左 肘、左 前臂	1,450	1,100	750	6 個 月		13	壓力衣 -E 款- 腰臀大 腿	3,000	2,300	1,500	六個 月		
16	壓力衣 -F 款項 -左手、 左腕	2,000	1,500	1,000	6 個 月		14	壓力衣 -F 款右 下肢	2,700	2,100	1,400	六個 月		
17	壓力衣 -G 款 項- 腰 部、臀 部、左	3,700	2,780	1,850	6 個 月		15	壓力衣 -G 款- 左下肢	2,700	2,100	1,400	六個 月		

						<p>金額上限為12,000元)。</p> <p>(四)同款項之同部位於第一次申請後二年內,均得免檢附診斷證明書,並依最低使用年限再度申請。二年後仍有左列項目需求時,應憑三個月內開立之診斷證明書及醫療輔具評估報告申請。</p> <p>(五)應檢附輔具供應商出具之保固書影本。</p>								
22	矽膠片	9,000	6,800	4,500	6個月	<p>一、補助對象符合第二條第一項規定,並因燒燙傷或皮膚損傷需重建者。</p> <p>二、申請規定:應出具診斷證明書;診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身</p>	16	矽膠片	9,000	6,800	4,500	六個月	<p>一、補助對象符合本辦法第二條第一項規定,並因燒燙傷、皮膚損傷需重建者。</p> <p>二、申請醫療輔具補助,應檢具診斷證明書;診斷證明書應由相關專科醫</p>	<p>一、修正編碼。</p> <p>二、最低使用年限修正為阿拉伯數字。</p> <p>三、修正補助條件:專科醫師科別及其他規</p>

						<p><u>體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之</u>專科醫師開具，並載明有本項需求及需使用矽膠片之部位及面積。</p> <p>三、其他規定如下：</p> <p>(一) 同一部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書，並依<u>最低</u>使用年限再度申請。二年後仍有本項需求時，應憑三個月內開立之診斷證明書及醫療輔具評估報告持續申請。</p> <p>(二) 每平方公分補助金額為<u>15</u>元，並以本項補助金額為上限。</p>							<p>師開具，載明本項需求及需使用矽膠片之部位、面積。</p> <p>三、其他規定如下：</p> <p>(一) 同一部位於第一次申請後二年內，均得免付診斷證明書，並依使用年限再度申請。二年後仍有需求時，應憑三個月內開立之診斷證明及醫療輔具評估報告持續申請。</p> <p>(二) 每平方公分補助金額為十五元，並以左列金額為上限。</p> <p>(三) 應有醫療器材查驗登記字號</p>	<p>定，並酌作文字修正。</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	-------------------

						(三) 應有醫療器材許可證字號。									
							醫療費用	1	人工電子耳植入手術費用	120,000	90,000	60,000	終身一次	補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經身心障礙生活輔具補助辦法規範之評估方式，確認其需求，並提供輔具評估報告書者。	移列至修正規定一、醫療復健費用編碼1。
								2	開具診斷證明書費用	200	200	100		一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經核定確有醫療輔具項目之需求者。 二、申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之診斷證明書之費用申請。	移列至修正規定一、醫療復健費用編碼2。
								3	開具醫療輔具評估報告費用	200	200	100		一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經核定確有醫療輔具項目之需求者。 二、申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之醫療輔	移列至修正規定一、醫療復健費用編碼3。

	具評估報告之費用申請。	
<p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療輔具評估，<u>得由直轄市、縣(市)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構辦理</u>；申請人因特殊情況，於<u>輔具評估單位或鑑定機構進行評估顯有困難者</u>，得由直轄市、縣(市)<u>主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構至居住處所</u>進行評估。 本表所列<u>醫療輔具項目與身心障礙者輔具補助辦法規定之生活輔具項目</u>合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；<u>本表所列醫療輔具項目</u>使用尚未達最低使用年限、申請項目二年已逾四項或未符合補助條件而確有使用<u>本表所列醫療輔具項目</u>之需求者，得由直轄市、縣(市)<u>主管機關</u>專案補助之。 本表之診斷證明書須為三個月內所開立；申請人為「<u>全民健康保險居家醫療照護整合計畫</u>」之收案對象者，本表醫療輔具編碼 1 至 5 項之診斷證明書，得由該計畫之訪視醫師開具，並檢附該計畫之居家訪視紀錄單；居家訪視紀錄單應載明訪視單位及訪視醫師之簽章。 本表醫療輔具編碼 1 至 9 項保固書應載明產品規格：含本表所定醫療輔具項目之規格或功能規範內容、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。 本表醫療輔具編碼 10 至 21 項保固書應載明產品規格：含保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話。 本表醫療輔具編碼 7 至 9 項得以租賃方式為之；租賃契約書應載明規格：含本表所定醫療輔具項目之規格或功能規範內容、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。 本表之低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。 本表之醫療復健費用補助，以現金給付為原則。 補助對象已接受衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署或其他相關同項補助者(如：<u>罕見疾病醫療補助專案、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫...等</u>)，不得重複申請本表之補助項目。 	<p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療輔具評估，應由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構為之；申請人因特殊情況，於評估單位或鑑定機構進行評估顯有困難者，得由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構至居住地進行鑑定或評估。 醫療輔具與生活輔具合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；醫療輔具使用尚未達最低使用年限或申請項目二年已逾四項，及未符上開補助資格而確有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。 本表輔具編碼 1 至 7 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。 本表輔具編碼 8 至 15 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容、保固年限(不得低於三個月)及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話。 租賃契約書應載明規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。 	<ol style="list-style-type: none"> 第 1 點配合修正條文第六條用語一致，修正用語。 第 2 點配合身心障礙者輔具補助辦法用語一致，修正用語，並酌作文字修正。 考量全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案對象之行動或疾病特性，爰修正第 3 點規定。 第 4 點至第 6 點配合修正規定二、醫療輔具編碼，修正編碼範圍；另參酌藥

		<p>事法第四 十條第一 項及第二 項用語，修 正用語，並 酌作文字 修正。</p> <p>五、第8點配合 修正條文 第三條用 語一致，修 正用語。</p> <p>六、增訂第9 點。由現行 規定編碼4 「雙相陽 壓呼吸輔 助器」及編 碼5「單相 陽壓呼吸 器」補助相 關規定四、 其他規定 (一)移入， 並酌作文 字修正；另 增列不得 重複申請 本表補助 項目之規 定。</p>
--	--	---