

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：陳威利

電話：(02)27527286-123

傳真：(02)2771-8392

Email：ili.chen@tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國110年6月21日

發文字號：全醫聯字第1100000780號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1100000780_Attach1.pdf、1100000780_Attach2.pdf、
1100000780_Attach3.pdf、1100000780_Attach4.pdf)

主旨：轉知衛生福利部修正「身心障礙者醫療復健所需醫療費用
及醫療輔具補助辦法」名稱為「身心障礙者醫療復健費用
及醫療輔具補助辦法」及部份條文修正公告，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部110年6月17日衛部照字第1101560309C號函
(如附件)辦理。
- 二、檢附發布令掃描檔、「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔
具補助辦法」修正條文、修正總說明及修正條文對照表各1
份。
- 三、本訊息亦刊登本會官網。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 邱 泰 源

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：王慧菁

聯絡電話：(02)8590-6666 分機：7128

傳真：(02)8590-7072

電子郵件：nhwhc415@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國110年6月17日

發文字號：衛部照字第1101560309C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令pdf檔、「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」修正條文、修正總說明及修正條文對照表各1份 (A21000000I_1101560309C_doc5_Attach1.pdf、A21000000I_1101560309C_doc5_Attach2.pdf、A21000000I_1101560309C_doc5_Attach3.pdf)

主旨：「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」，業經本部於中華民國110年6月17日以衛部照字第1101560309號令修正發布，名稱並修正為「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」，請查照轉知所屬。

說明：

- 一、檢附發布令掃描檔、「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」修正條文、修正總說明及修正條文對照表各1份。
- 二、請各機關（構）單位依以下事項辦理：
 - (一)請各直轄市、縣（市）政府轉所轄輔具中心相關人員。
 - (二)請各直轄市、縣（市）政府衛生局轉所轄身心障礙鑑定醫院及其專業團隊相關人員。
 - (三)請各直轄市、縣（市）政府社會局（處）轉所轄鄉（鎮、市、區）公所相關人員。

電子文
騎

4

(四)請相關專業學(協)會、公會轉成員及會員。

(五)請相關專業醫學會轉成員及會員。

(六)請本部社會及家庭署轉相關社會福利團體。

(七)請台灣資服科技股份有限公司於111年1月1日，將輔具系統增修欄位等上架並維護。

三、本案聯絡人及電話：陳先生（聯絡電話：02-85906666分機7122，電子郵件：nhfeo0324@mohw.gov.tw）。

正本：地方政府衛生局、各直轄市及各縣(市)政府、衛生福利部社會及家庭署、台灣資服科技股份有限公司、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國語言治療師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國聽力師公會全國聯合會、社團法人中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、社團法人台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、社團法人臺灣兒科醫學會、臺灣婦產科醫學會、台灣婦科醫學會、中華民國骨科醫學會、臺灣骨科創傷醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會、中華民國眼科醫學會、社團法人臺灣皮膚科醫學會、台灣神經學學會、台灣精神醫學會、台灣復健醫學會、台灣臨床病理暨檢驗醫學會、台灣整形外科醫學會、中華民國血液病學會、中華民國口腔顎面外科學會、社團法人臺灣物理治療學會、社團法人臺灣職能治療學會、台灣聽力語言學會、台灣臨床心理學會、社團法人臺灣諮商心理學會、台灣輔導與諮商學會、台灣護理學會、社團法人中華民國特殊教育學會、社團法人台灣職業重建專業協會、台灣呼吸治療學會

副本：本部醫事司、本部心理及口腔健康司、衛生福利部國民健康署、衛生福利部中央健康保險署(均含附件)

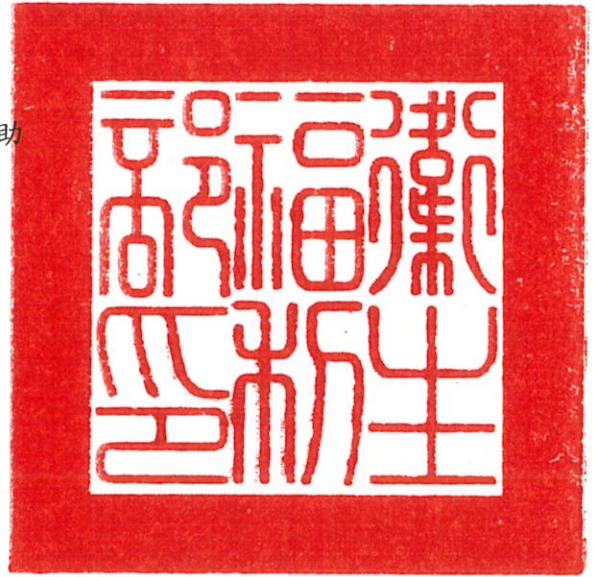
2021/06/17
11:45:15
電子文
交換章

公換章

89

衛生福利部 令

發文日期：中華民國110年6月17日
發文字號：衛部照字第1101560309號
附件：「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助
辦法」修正條文



修正「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」，
名稱並修正為「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦
法」。

附修正「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」

部長陳時中

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法修正條文

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。

第四條 本辦法所稱醫療輔具，指尚未納入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，具有促進恢復身體系統構造、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。

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。

前項附表，自中華民國一百十一年一月一日施行。

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。

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。

第七條 醫療復健費用及醫療輔具補助之申請程序如下：

- 一、以第二條所定之補助對象或其法定代理人為申請人。
- 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。
- 三、申請醫療輔具補助者，應填具申請書，並檢附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。

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：

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果；未符合資格者，並應載明不符資格原因。

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。

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。

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。

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，僅得從優擇一補助。

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。

第十三條 申請人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。

第十四條 本辦法除另定施行日期者外，自發布日施行。

附表 醫療復健費用及醫療輔具補助標準

一、醫療復健費用						
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
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。
2	開具診斷證明書費用	200	200	100		<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定，並經核定確有本表所列醫療輔具項目之需求者。</p> <p>二、申請本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需診斷證明書之費用申請。</p>
3	開具醫療輔具評估報告費用	200	200	100		<p>一、補助對象應符合第二條第一項規定，並經核定確有本表所列醫療輔具項目之需求者。</p> <p>二、申請本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需醫療輔具評估報告之費用申請。</p>

二、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呼吸功能不全，致有左列項目需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下：</p> <p>(一) 電動拍痰器：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(二) 非蓄電式抽痰機：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具壓力流量大小調節功能：80-250mmHg。 2. 應有醫療器材許可證字號。 <p>(三) 蓄電式(交直流兩用)抽痰機：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具壓力流量大小調節功能：80-250mmHg。
2	非蓄電式抽痰機	5,000	3,800	2,500	3	
3	蓄電式(交直流兩用)抽痰機	10,000	7,500	5,000	3	
4	化痰機(噴霧器)	5,000	3,800	2,500	3	

						<p>2.內建電池，於停電時，可連續抽吸30分鐘之電力供應。</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$\leq 5\mu\text{m}$ 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>
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> <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>
6	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	5	

						<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， 並載明有氧氣製造機 需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下：</p> <p>(一) 血氧偵測儀(血氧機)：</p> <p>1. 含氧飽和度測量：</p> <p>(1) 範圍：0-100%。</p> <p>(2) 精準度：70-100% $\pm 2\%$。</p> <p>2. 脈率測量：</p> <p>(1) 範圍：20-280BPM。</p> <p>(2) 精準度：20-250BPM $\pm 3\text{BPM}$。</p> <p>3. 應具有醫療器材許可 證字號。</p> <p>(二) 氧氣製造機：</p> <p>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%$\pm 3\%$。</p> <p>3. 輸出壓力：$> 6.0\text{psig}$。</p> <p>4. 應具有醫療器材許可 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>
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，致有長期使用本項需求。</p> <p>(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</p>

						<p>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。</p> <p>三、規格或功能規範如下：</p> <p>(一) 壓力範圍： 吸氣壓力 $\geq 0-50\text{cmH}_2\text{O}$。 吐氣壓力 $\geq -50-0\text{cmH}_2\text{O}$。</p> <p>(二) 時間可設定範圍： 吸氣時間 0-5 秒。 吐氣時間 0-5 秒。 停頓時間 0-5 秒。</p> <p>(三) 運作選擇模式： 自動(Automatic)。 手動(Mannal)。</p> <p>(四) 流速： 吸氣流速 0-3.3 公升/秒。 吐氣流速 0-10 公升/秒。</p> <p>(五) 應具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) 本項得以租賃方式為之；其補助，仍應符合最低使用年限，並於最高補助金額內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(三) 應檢附其他文件、資料： 1. 採購置者，應提供輔具供應商出具之保固</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>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，須長期使用左列項目，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：因肺部功能損傷或切除，造成呼吸功能不全，致無法自行有效換氣。</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，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左列項目需求。</p> <p>(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</p>
9	雙相陽壓呼吸器 (Bi-PAP : Bilevel Positive Airway Pressure)	140,000	105,000	70,000	5	

						<p>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， 並載明有左列項目需 求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 輔具供應商出具之保固書 或租賃契約書，應載明下 列規格或功能：</p> <p>(一) 單相陽壓呼吸器： 1. 壓力範圍：4-20cmH₂O。 2. 附呼吸器面罩。 3. 應有醫療器材許可證 字號。</p> <p>(二) 雙相陽壓呼吸器： 1. 壓力範圍： 吸氣壓力 4-30cmH₂O。 吐氣壓力 4-10cmH₂O。 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。 3. 附呼吸器面罩。 4. 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) 左列項目得以租賃方式為之；其補助，仍應符合最低使用年限，並於最高補助金額內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(三) 應檢附其他文件、資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)。 2. 採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。 <p>(四) 曾領有左列單相陽壓呼吸器補助者，於最低使用年限內，如需申請左列雙相陽壓呼吸器補助，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</p>
--	--	--	--	--	--	--

						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。
10	UPS 不斷電系統	2,500	1,900	1,300	3	<p>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。</p> <p>二、應具有停電時，可以連續抽吸 30 分鐘之電力供應（每次抽痰機運作抽吸時間 1 分鐘計算，至少可提供 30 次之抽吸）。</p> <p>三、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>
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>
12	壓力衣-B 款項-肩部、胸部、腹部、背部	4,600	3,450	2,300	6 個月	<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八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。</p>
13	壓力衣-C 款項-右上臂、右肘、右前臂	1,450	1,100	750	6 個月	
14	壓力衣-D 款項-	2,000	1,500	1,000	6 個月	

	右手、右腕					<p>(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、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求。</p> <p>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。</p> <p>四、其他規定如下：</p> <p>(一) 各款項合併申請時，視為補助一項次(如申請 A 款項及 B 款項)。</p> <p>(二) 同款項之各部位合併申請時，視為補助一項次(如申請 B 款項-肩部及胸部各二件)。</p> <p>(三) 同款項之各部位至多可申請二件，補助金額上限按申請件數計算(如申請 A 款項-頭部及頸部各二件，以低收入戶為例，補助金額上限為 12,000 元)。</p> <p>(四) 同款項之同部位於第一次申請後二年內，</p>
15	壓力衣-E 款項-左上臂、左肘、左前臂	1,450	1,100	750	6個月	
16	壓力衣-F 款項-左手、左腕	2,000	1,500	1,000	6個月	
17	壓力衣-G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿	3,700	2,780	1,850	6個月	
18	壓力衣-H 款項-右小腿	1,450	1,100	750	6個月	
19	壓力衣-I 款項-右踝、右足	2,500	1,900	1,250	6個月	
20	壓力衣-J 款項-左小腿	1,450	1,100	750	6個月	
21	壓力衣-K 款項-左踝、左足	2,500	1,900	1,250	6個月	

						<p>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，並依最低使用年限再度申請。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>

						(二) 每平方公分補助金額為 15 元，並以本項補助金額為上限。 (三) 應有醫療器材許可證字號。
--	--	--	--	--	--	--

備註：

1. 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辦理；申請人因特殊情況，於輔具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)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構至居住處所進行評估。
2. 本表所列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合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；本表所列醫療輔具項目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本表所列醫療輔具項目之需求者，得由直轄市、縣(市)主管機關專案補助之。
3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立；申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 本表之低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。
8. 本表之醫療復健費用補助，以現金給付為原則。
9. 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：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)，不得重複申請本表之補助項目。

身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具 補助辦法修正總說明

- 身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法(以下簡稱本辦法)係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授權訂定，於一百零一年七月九日訂定發布，並於同年七月十一日施行，最近一次修正發布日期為一百零二年七月十九日。茲為應實務運作需要，並為更符合身心障礙者醫療復健所需及本辦法所指之身心障礙者醫療復健費用，爰修正本辦法，並將名稱修正為「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」，其修正要點如下：
- 一、依本法第一百零六條第一項及第五項規定，原執舊制永久效期身心障礙手冊者，換發身心障礙證明作業規範之期限已屆至，爰修正補助對象之規定。(修正條文第二條)
 - 二、配合修正條文第三條用語一致，修正用語；另修正附表；另明定附表自一百十一年一月一日施行。(修正條文第三條、第五條、第七條至第十條及第五條附表)
 - 三、配合本法第五條用語一致，修正用語。(修正條文第四條)
 - 四、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。(修正條文第七條)
 - 五、考量實務運作需要，明定不予補助或停止補助之情形。(修正條文第十三條)
 - 六、修正本辦法施行日期。(修正條文第十四條)

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五項規定，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><u>範圍：</u> <u>吸氣時間 0-5</u> <u>秒。</u> <u>吐氣時間 0-5</u> <u>秒。</u> <u>停頓時間 0-5</u> <u>秒。</u> <u>(三) 運作選擇模</u> <u>式：</u> <u>自 動</u> <u>(Automatic)。</u> <u>手 動</u> <u>(Mannal)。</u> <u>(四) 流速：</u> <u>吸 氣 流 速</u> <u>0-3.3 公升/秒。</u> <u>吐 氣 流 速</u> <u>0-10 公升/秒。</u> <u>(五) 應具有醫療</u> <u>器材許可證</u> <u>字號。</u> <u>四、其他規定如下：</u> <u>(一) 限居家自我</u> <u>照顧所需者</u> <u>申請。</u> <u>(二) 本項得以租</u> <u>賃方式為之；</u> <u>其補助，仍應</u> <u>符合最低使</u> <u>用年限，並於</u> <u>最高補助金</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 $PCO_2 \geq 55mmHg$。</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，並因重度睡眠呼吸障礙，未滿 19 歲 <u>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 <u>Apnea-hypopnea index</u></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>功能損傷或切除，造成呼吸功能不全，致無法自行有效換氣。</p> <p>二、申請規定如下：</p> <p>(一)應出具診斷證明書；<u>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。</u></p> <p>(二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具</p>							<p><u>(AHI) > 每小時 40 次，或呼吸障礙指數 (Respiratory Disturbance Index, RDI) \geq 每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間(SpO₂ \leq 85%) 超過 1 小時(含)以上，需使用呼吸輔助器者。</u></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；<u>診斷證明書應由胸腔內科開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。</u></p> <p>(二)應出具醫療輔具評估報告；<u>醫療輔具評估報告應由胸腔內科或呼吸治療師進行評估，並載明本項</u></p>	<p>四、修正補助條件：將現行規定編碼 4「<u>雙相陽壓呼吸輔助器</u>」及編碼 5「<u>單相陽壓呼吸器</u>」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；另將領有全民健康保險重大傷病給付部分，不予補助之規定，移列至修正規定備註 9。</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>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，並載明有左列項目需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 輔具供應商出具之保固書或租賃契約書，應載明下列規格或功能： (一)單相陽壓呼吸器： 1.壓力範圍：4-20cmH₂O。 2.附呼吸器面罩。</p>							<p>需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔具供應商出具保固書或租賃契約書，載明符合以下規格及功能： (一)壓力範圍：<u>壓力</u> 4-20 cmH₂O。 (二)附呼吸輔助器之面罩。 (三)應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>四、其他規定： (一)<u>領有全民健康保險重大傷病給付部分，不予補助。</u> (二)限居家自我照顧所需者申請。 (三)本項補助醫療輔具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之補</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

						<p>3.應有醫療器材許可證字號。</p> <p>(二) <u>雙相陽壓呼吸器</u>：</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>：</u> <u>Bilevel</u> <u>Positive</u> <u>Airway</u> <u>Pressure</u>)	140,000	105,000	70,000	5	<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。 (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。 (三)附呼吸輔助器之面罩。 (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。 (二)限居家自我照顧所需者申請。 (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開具，並載明有左列項目需求。</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		

	大腿、 右大腿					治療師開具， 並載明有左 列項目需求。								時，應憑三個月內開立之診斷證明及醫療輔具評估報告申請。	
18	壓力衣-H 款項 - 右小腿	1,450	1,100	750	6 個月	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。								(三)每部位至多可申請二件，補助金額上限按左列標準倍數計算。	
19	壓力衣-I 款項 - 右踝、右足	2,500	1,900	1,250	6 個月	四、其他規定如下： (一)各款項合併申請時，視為補助一項次								(四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。	
20	壓力衣-J 款項 - 左小腿	1,450	1,100	750	6 個月	(如申請 A 款項及 B 款項)。									
21	壓力衣-K 款項 - 左踝、左足	2,500	1,900	1,250	6 個月	(二)同款項之各部位合併申請時，視為補助一項次(如申請 B 款項-肩部及胸部各二件)。 (三)同款項之各部位至多可申請二件，補助金額上限按申請件數計算(如申請 A 款項-頭部及頸部各二件，以低收入戶為例，補助									

						<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</u>由直轄市、縣(市)<u>主管機關</u>指定之<u>輔具</u>評估單位或鑑定機構辦理；申請人因特殊情況，於<u>輔具</u>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)<u>主管機關</u>指定之<u>輔具</u>評估單位或鑑定機構至居住處所進行評估。 本表所列<u>醫療輔具項目與身心障礙者輔具補助辦法</u>規定之生活輔具項目合併計算，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：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)，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>
--	--	---