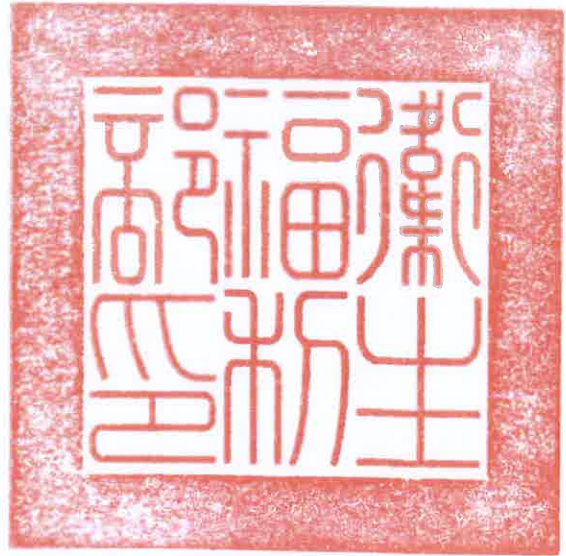


## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年2月27日  
發文字號：衛部照字第1091560205號  
附件：總說明及條文對照表各1份



主旨：預告修正「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」第二條、第十四條及第五條附表。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

### 公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：身心障礙者權益保障法第二十六條第二項。
- 三、「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」第二條、第十四條及第五條附表修正草案總說明及條文對照表如附件。本案另載於本部全球資訊網「衛生福利法規檢索系統」(<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/Default.aspx?class=s>)之「法規草案」網頁。

四、對於本公告內容如有任何意見或修正建議者，請於本公告刊

登公報次日起60日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部護理及健康照護司

(二)地址：台北市南港區忠孝東路6段488號7樓

(三)電話：(02)85907142

(四)傳真：(02)85907072

(五)電子郵件：[nhwhc415@mohw.gov.tw](mailto:nhwhc415@mohw.gov.tw)

部長陳時中



## 身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法第二條、第十四條及第五條附表修正草案總說明

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。茲為應身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助作業需要，及更符合實務運作現況，爰擬具本辦法第二條、第十四條及第五條附表修正草案，其修正要點如下：

- 一、依據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，爰刪除現行條文第一項身心障礙手冊，以符法制體例。(修正條文第二條)
- 二、修正本辦法修正條文施行日期。(修正條文第十四條)
- 三、參酌近三年申請醫療輔具之平均購買金額、補助人次及市價，及考量實務運作需要，修正附表「醫療費用及醫療輔具補助標準表」並增訂該表編碼及補助項目內容。(修正規定第五條附表)

## 身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法第二條、第十四條修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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障礙證明</u>，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。</p> <p>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。</p>	<p>依據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，爰刪除第一項身心障礙手冊，以符法制體例。</p>
<p>第十四條 本辦法自中華民國一百零一年七月十一日施行。</p> <p>本辦法修正條文，除<u>中華民國一百零二年六月二十六日修正發布之第五條附表</u>，自一百零二年六月二十八日施行，及<u>一百零九年○月○日修正發布之第五條附表</u>，自○年○月○日施行外，自發布日施行。</p>	<p>第十四條 本辦法自中華民國一百零一年七月十一日施行。</p> <p>本辦法修正條文，除一百零二年六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。</p>	<p>修正本辦法修正條文施行日期。</p>

## 第五條附表修正草案對照表

修正規定						現行規定						說明		
附表：醫療費用及醫療輔具補助標準表						附表：醫療費用及醫療輔具補助標準表								
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	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	
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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</p>	<p>一、修正原補助相關規定</p> <p>二、：明定開立診斷證明書之專科醫師科別。</p> <p>二、修正原補助相關規定</p> <p>三、(一)至(三)：(一)參酌藥事法第四十條第一項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」；(二)為增加「抽痰機」之蓄電功能，爰修正為「蓄電式抽痰機」，其最高補助金額、規格或功能規範一併修正；(三)為符合目前化痰機之規格及功</p>
2	蓄電式抽痰機	10,000	7,500	5,000	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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</p>	2	抽痰機	5,000	3,800	2,500	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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</p>	
3	化痰機(噴霧器)	5,000	3,800	2,500	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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</p>	3	化痰機(噴霧器)	5,000	3,800	2,500	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；診斷證明書應由身心障礙第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之呼吸功能、神經科或外科且曾參加感染醫學相關專業訓練之專科醫師開具，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。 2. 拍打頻率應高於 20 次/秒。 3. 應有醫療器材查驗登記字號。</p> <p>(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</p>	



	<p>二、申請醫療輔助具補助，規定如下：</p> <p>(一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練或小兒科專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。</p> <p>(二)應出具醫療輔助具評估報告；醫療輔助具評估報告應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練、小兒科專科醫師或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔助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：</p> <p>(一)壓力範圍： 吸氣壓力 4-30 cmH<sub>2</sub>O。 吐氣壓力 4-10 cmH<sub>2</sub>O。</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</p>					<p>科醫師科別。</p> <p>二、修正原補助相關規定</p> <p>三、(一)(四)：(一)為避免二氧化碳蓄積，爰修正吐氣壓力範圍；(四)參酌藥事法第四十條第一項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」。</p> <p>三、修正原補助相關規定</p> <p>四、(一)至(四)：</p> <p>(一)移列至修正備註 9，其餘款次配合遷移為修正規定四、(一)至(三)。</p>
--	---	--	--	--	--	---





Pressure )			<p>二、申請醫療輔助具補助，規定如下：</p> <p>(一)應出具診斷證明書；<u>診斷證明書</u>應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練或小兒科專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全；致有本項需求。</p> <p>(二)應出具醫療輔助具評估報告；醫療輔助具評估報告應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練、小兒科專科醫師或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔助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：壓力 4-20cmH<sub>2</sub>O。 (二)附呼吸輔助器之面罩。 (三)應有醫療器材許可證字號。</p> <p>四、其他規定： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)本項補助醫療輔</p>	Pressure )			<p>滿 19 歲以上 Apnea-hypopnea index (AHI) &gt; 每小時 40 次，或呼吸障礙指數 (Respiratory Disturbance Index, RDI) ≥ 每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間 (SpO<sub>2</sub> ≤ 85%) 超過 1 小時(含)以上，需使用呼吸輔助器者。</p> <p>二、申請醫療輔助具補助，規定如下：</p> <p>(一)應出具診斷證明書；<u>診斷證明書</u>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。</p> <p>(二)應出具醫療輔助具評估報告；醫療輔助具評估報告應由胸腔內科或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔助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：壓力 4-20cmH<sub>2</sub>O。 (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)類有全民健康保險</p>	<p>明定開立診斷證明書及醫療輔助具評估報告之專科醫師科別。</p> <p>三、修正原補助相關規定</p> <p>三、 (一)(三)： (一)酌作文字修正； (三)參酌藥事法第四十條第一項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」。</p> <p>四、修正原補助相關規定</p> <p>四、(一)至(四)：(一)移列至修正條註9，其餘款次配合遞移為修正規定(一)至(三)。</p>
------------	--	--	--	------------	--	--	--	---

6	血氧偵測儀(血氧機)	6,000	4,500	3,000	3,000	6,000	4,500	3,000	三	<p>具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之最高補助金額範圍內，依實際租賃金額核給。</p> <p>(三)應檢具之其他文件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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)。</li> <li>採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。</li> </ol>	<p>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)本項補助醫療輔具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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)。</li> <li>採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。</li> </ol>	<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： (一)限居家自我照顧所</p>	<p>一、修正原補助相關規定</p> <p>二、：明定開立診斷證明書之專科醫師科別。</p> <p>二、修正原補助相關規定</p> <p>三、：參酌藥事法第四十條第一項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」，且移列至修正</p>
---	------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---	--	--	---	---

7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	五	7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	五	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。 二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙第四類—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，致有本項需求。	需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。	規定三、(五)。 三、為符合補助相關規定之一致性，爰增訂規格或功能規範。
7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	五	7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	五	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。 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，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 (二)應出具醫療輔具評估報告書；醫療輔具評估報告，應由醫師或呼吸治療師	需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。	規定三、(五)。 三、為符合補助相關規定之一致性，爰增訂規格或功能規範。

8	咳嗽 (咳)機 (Cough Assist Machine	120,000	90,000	60,000	五	<p>(二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具心障礙第四類二循環、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為之，並載明本項需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下：  <u>(一)流量範圍：1~5 公升/分鐘(每 0.5 公升調整)。</u>  <u>(二)氧氣濃度：1~5 公升/分鐘 93% ± 3%</u>  <u>(三)輸出壓力：&gt; 6.0 psig</u>  <u>(四)內建氧氣濃度低下警示系統。</u>  <u>(五)防焰氧氣出口。</u>  <u>(六)應具有醫療器材許可證字號。</u></p> <p>四、其他規定：  <u>(一)限居家自我照顧所需者申請。</u>  <u>(二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</u></p>	<p>(二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具心障礙第四類二循環、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為之，並載明本項需求。</p> <p>三、規格或功能規範如下：  <u>(一)流量範圍：1~5 公升/分鐘(每 0.5 公升調整)。</u>  <u>(二)氧氣濃度：1~5 公升/分鐘 93% ± 3%</u>  <u>(三)輸出壓力：&gt; 6.0 psig</u>  <u>(四)內建氧氣濃度低下警示系統。</u>  <u>(五)防焰氧氣出口。</u>  <u>(六)應具有醫療器材許可證字號。</u></p> <p>四、其他規定：  <u>(一)限居家自我照顧所需者申請。</u>  <u>(二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</u></p>	<p>為之，並載明本項需求。</p> <p>三、應具有醫療器材檢驗登記字號。</p> <p>四、其他規定：  <u>(一)限居家自我照顧所需者申請。</u>  <u>(二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。</u></p>	<p>字號」，且移至修正規定三、(六)。</p> <p>三、為符合補助相關規定之一致性，爰增訂規格或功能規範。</p>	<p>增訂本項：考量身心障礙者實際所需，爰予以增訂。</p>
---	---	---------	--------	--------	---	--	--	---	---	--------------------------------

二、申請醫療輔具補助，規定如下：

(一)應出具診斷證明

書：診斷證明書應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練、神經科及兒科且曾參加胸腔或重症相關專業訓練之專科醫師開具，並載明因神經肌肉損傷或惡化導致自主咳嗽不穩、自主咳嗽不全，致有長期需要本項需求。

(二)應出具驗證合格報告

；驗證合格報告，應由內科且曾參加胸腔相關專業訓練、外科且曾參加胸腔相關專業訓練、神經科及兒科且曾參加胸腔或重症相關專業訓練之專科醫師或呼吸治療師為之，經驗證合格後，始於補助。

三、規格或功能規範如下：

(一)壓力範圍：

吸氣壓力 0-50 cmH<sub>2</sub>O (含) 以上。  
吐氣壓力 -50-0 cmH<sub>2</sub>O (含) 以上。

(二)時間可設定範圍：  
吸氣時間 0-5 秒。


	<p>規定編碼2蓄電式抽痰機，爰予以刪除。</p>					<p>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：  <u>(一)服居家自我照顧所需者申請。</u>  <u>(二)應檢附輔具供應廠商出具保固書之影本。</u></p>	
<p>9</p>	<p>壓力衣-A款-頭頸部、頸部</p>	<p>3,000</p>	<p>2,250</p>	<p>1,500</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>
<p>10</p>	<p>壓力衣-B款-肩部、胸部、腹部、背部</p>	<p>4,600</p>	<p>3,450</p>	<p>2,300</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>
<p>11</p>	<p>壓力衣-C款-右上臂、左肘、右前臂</p>	<p>1,450</p>	<p>1,100</p>	<p>750</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>
<p>12</p>	<p>壓力衣-D款-左手、右腕</p>	<p>2,000</p>	<p>1,500</p>	<p>1,000</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>
<p>13</p>	<p>壓力衣-E款-左上臂、左肘、左前臂</p>	<p>1,450</p>	<p>1,100</p>	<p>750</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>
<p>14</p>	<p>壓力衣-F款-左手、左腕</p>	<p>2,000</p>	<p>1,500</p>	<p>1,000</p>	<p>六個月</p>	<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、身體腫痛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；診斷證明書應由身心障礙第八類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。</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為之，並載明本項需求。</p>	<p>一、修正原補助相關規定            二、            (一)(二)：            明定開立診斷證明書及醫療輔具評估報告之專科醫師類別。            二、修正原補助相關規定            四、(一)至(四)：明定各款部位之補助規定，及(四)移列至修正規定四、(三)。            三、修正原編碼、補助項目及最高補助金額：考量實務作業</p>

15	壓力衣-G 款-腰部、臀部、左大腿、右大腿	3,700	2,780	1,850	六個月	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。 四、其他規定如下： (一)為考量換洗，每款各部位至多可申請二件，補助金額上限按左列標準倍數計算，每款項目合併申請時，視為補助一項次(如：兩件含頸部及頸部壓力衣合併申請時，低收入戶補助金額上限為6,000元；兩件頭部壓力衣及兩件肩部壓力衣合併申請時，為補助一項次)。 (二)同款同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申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。	13	壓力衣-E 款-腰臀大腿	3,000	2,300	1,500	六個月	(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。 (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。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。	需要，爰予以修正。
16	壓力衣-H 款-右小腿	1,450	1,100	750	六個月		14	壓力衣-F 款-右下肢	2,700	2,100	1,400	六個月		
17	壓力衣-I 款-右踝、右足	2,500	1,900	1,250	六個月		15	壓力衣-G 款-左下肢	2,700	2,100	1,400	六個月		
18	壓力衣-J 款-左小腿	1,450	1,100	750	六個月									
19	壓力衣-K 款-左踝、左足	2,500	1,900	1,250	六個月									
20	矽膠片	9,000	6,800	4,500	六個月	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。 二、申請醫療輔具補助，應檢具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙第八	16	矽膠片	9,000	6,800	4,500	六個月	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。 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師	一、編碼配合遷移。 二、修正原補助相關規定 二、：明定開立診斷證



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。	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。	明書之專科醫師科別。 三、修正原補助相關規定 三、(三)：參酌藥事法第四十條第二項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」。
	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。	未修正。	
	3	開具醫療	400	200	100		一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並	修正原補助項目、最高補助金	
類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，載明本項需求及需用矽膠片之部位、面積。		三、其他規定如下： (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。 (二)每平方公分補助金額為十五元，並以左列金額為上限。 (三)應有醫療器材許可證字號。		類-皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，載明本項需求及需用矽膠片之部位、面積。 三、其他規定如下： (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。 (二)每平方公分補助金額為十五元，並以左列金額為上限。 (三)應有醫療器材許可證字號。		開具，載明本項需求及需用矽膠片之部位、面積。 三、其他規定如下： (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。 (二)每平方公分補助金額為十五元，並以左列金額為上限。 (三)應有醫療器材許可證字號。		明書之專科醫師科別。 三、修正原補助相關規定 三、(三)：參酌藥事法第四十條第二項及第二項規定，爰修正為「許可證字號」。	

<p>額及補助相關規定：配合修正規定編碼8咳嗽(痰)機之補助相關規定二、(二)，爰予以修正，並增訂其他規定。</p>	<p>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具評估報告之費用申請。</p>	<p>輔具評估報告費用</p>	<p>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具評估報告或驗證合格報告之費用申請。 三、其他規定：須由醫療機構或醫事機構開立醫療輔具評估報告或驗證合格報告。</p>	<p>備註： 1. 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至居住地進行評估或評估。 2. 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有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。 3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。 4. 本表輔具編碼1至8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核准之醫療器材許可證字號。 5. 本表輔具編碼9至20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。 6. 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核准之醫療器材許可證字號。 7. 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。 8. 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。 9. 補助對象已接受中央健康保險署、國民健康署或其他政府同項補助者(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」計畫書...等)，不得重複申請本項補助。</p>
<p>一、修正原備註 4.：修正編碼，及酌作修正，並參酌黨法第四十條第一項及第二項規定，爰修正為「核准之醫療器材許可證字號」。 二、修正原備註 5.：修正編碼。 三、修正原備註 6.：配合修正為「核准之醫療器材許可證字號」。 四、增訂備註 9.：為避免政府資源重複，爰予以</p>	<p>備註： 1. 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至居住地進行評估或評估。 2. 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有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。 3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。 4. 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核准之醫療器材許可證字號。 5. 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。 6. 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核准之醫療器材許可證字號。 7. 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。 8. 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。</p>	<p>輔具評估報告費用</p>	<p>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具評估報告或驗證合格報告之費用申請。 三、其他規定：須由醫療機構或醫事機構開立醫療輔具評估報告或驗證合格報告。</p>	<p>備註： 1. 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至居住地進行評估或評估。 2. 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有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。 3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。 4. 本表輔具編碼1至8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核准之醫療器材許可證字號。 5. 本表輔具編碼9至20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。 6. 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核准之醫療器材許可證字號。 7. 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。 8. 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。 9. 補助對象已接受中央健康保險署、國民健康署或其他政府同項補助者(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」計畫書...等)，不得重複申請本項補助。</p>

增訂補助對象之條件。		
------------	--	--

