

臺中市政府身心障礙者輔助器具補助審核要點

一、臺中市政府(以下簡稱本府)為辦理身心障礙者輔助器具費用補助，依據身心障礙者醫療及輔助器具費用補助辦法(以下簡稱本辦法)第六條規定，訂定本要點。

二、設籍本市，並符合下列條件者，得向戶籍所在地區公所申請：

(一) 領有本市身心障礙手冊，並符合本辦法第四條之標準表或本府增訂表規定。

(二) 申請補助項目並未獲政府其他相關補助或社會保險給付者。

三、申請人應檢附下列表件向戶籍所在地區公所提出申請：

(一) 身心障礙者輔助器具補助申請表。

(二) 身心障礙手冊影本。

(三) 戶籍謄本正本或戶口名簿影本。

(四) 三個月內填載有申請人姓名、地址並註明輔助器具廠牌、型號、序號之統一發票或收據。

(五) 已蓋有申請人印章之領款收據。

(六) 切結書。

(七) 申請人因故無法親自申請，應檢附委託書及代理人身分證件。

(八) 申請居家無障礙設施設備改善補助者，應檢附房屋所有權狀影本或建物登記謄本、改善計畫書、施工前後照片等資料。如房屋非申請人及其配偶或同住一等親直系血親所有者，應檢附房屋所有權人之改善設施設備同意書。

(九) 其他依身心障礙者輔助器具補助標準表補助項目規定所需之證明文件。

前項第九款之文件如係依本辦法第四條之標準表或本府增訂表規定，應檢附身心障礙鑑定醫院所開具之診斷證明書及相關治療師評估報告者，應於申請前三個月內開具。

四、設籍且居住本市，並符合下列資格之一者，得向戶籍所在地區公所申請輔助器具補助到宅評估服務：

(一) 植物人或重度肢障者或包含肢障之重度多重障礙者。

(二) 因肢體癱瘓、無法自行翻身及坐起者或特殊狀況之身心障礙者。

(三) 居家無障礙設施設備。

(四) 低收入戶。

輔助器具到宅評估服務由本府輔具資源中心或委託民間評估單位辦理。

經前項評估單位評估符合輔助器具補助標準表之對象者，其申請輔助器具補助得免檢附醫師開立之診斷證明書及治療師所開具之評估報告。

五、申請人應詳實填寫申請文件內容，並配合本府不定期之追蹤服務，如有拒絕或無法聯絡者，於下次申請輔助器具補助時，得由本府派員到宅評估，並檢附相關證明文件後始得申請。

六、申請輔助器具補助經審核通過者，由區公所逕予核發補助款；審核未符合規定得補正者，區公所應於七日內通知補正，逾期未補正或不能補正者，區公所應載明理由通知申請人駁回其申請。申請人於接獲駁回之通知後，得於一個月內向區公所提出申復，並以一次為限。

七、輔助器具補助款由本府預撥週轉金予各區公所辦理核發，區公所應於建檔後，按月檢附受補助者之印領名冊送本府歸墊撥付週轉金，並於年度結束時繳回週轉金餘額。

八、核定補助申請書表、補助款原始憑證由各區公所妥善保管，以備本府及審計機關查核。

九、本要點所需經費由本府編列預算支應。

身心障礙者醫療及輔助器具費用補助標準表

中華民國 99 年 4 月 1 日內政部內授中社字第 0990717575 號令暨

行政院衛生署衛署照字第 0990006662 號令修正發布

金額單位：新臺幣元

性質	輔助器具類別	低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助對象及相關規定	
生活 輔助 類	點字機(打字機)	三二、〇〇〇	一六、〇〇〇	七	一、視障者或具視障之多重障礙者。 二、收錄音機或隨身聽一般型及具數位錄音功能型僅能擇一申請。 三、視障用手錶點字型及語音型僅能擇一申請。	
	點字板	一、八〇〇	九〇〇	十		
	收錄音機或隨身聽	一般型	二、〇〇〇	一、〇〇〇		五
		具數位錄音功能型	五、〇〇〇	二、五〇〇		五
	視障用手錶	點字型	六、〇〇〇	三、〇〇〇		五
		語音型	六〇〇	三〇〇		三
	視障用白手杖	七〇〇	三五〇	二		
	放大鏡	五〇〇	二五〇	五		
	弱視特製眼鏡	六、〇〇〇	三、〇〇〇	四		
	望遠鏡	四、〇〇〇	二、〇〇〇	五		
	語音溫度計	六〇〇	三〇〇	五		
	語音血壓計	四、〇〇〇	二、〇〇〇	五		
	語音體重計	二、〇〇〇	一、〇〇〇	五		
	輪椅	五、〇〇〇	二、五〇〇	三	一、肢障者或平衡障礙者。 二、具肢障或平衡障礙之多重障礙者。 三、申請特製三輪機車及改裝者，應先具有特製三輪機車駕照。 四、機車倒退輔助器限騎乘特製三輪機車或輪椅直上式機車者。	
	柺杖	不鏽鋼	一、〇〇〇	五〇〇		五
		鋁製	五〇〇	二五〇		三
	助行器	一、五〇〇	七五〇	五		
	特製三輪機車	五〇、〇〇〇	二五、〇〇〇	五		
	特製三輪機車改裝	一〇、〇〇〇	五、〇〇〇			
	機車倒退輔助器	八、〇〇〇	四、〇〇〇	三		
傳真機	四、〇〇〇	二、〇〇〇	三	一、聽(語)障者或具聽(語)障之多重障礙者，以「戶」為補助單位；行動電話以「人」為補助單位。 二、十二歲以上始得申請傳真機。 三、傳真機及行動電話，二項僅能擇一申請補助。		
行動電話	二、〇〇〇	一、〇〇〇	三			
火警閃光警示器	二、〇〇〇	一、〇〇〇	三			
安全帽(護頭盔)	六〇〇	三〇〇	五	一、智障者、具智障之多重障礙者或張力低、平衡差或常發生癲癇之兒童。 二、六歲以下兒童補助使用年限為三年。		
餵食椅附坐墊或特製桌椅	七、〇〇〇	三、五〇〇	三	重度腦性麻痺者或多重障礙者。		
居家	電話閃光震動器	二、〇〇〇	一、〇〇〇	十	一、聽障者或具聽障之多重障礙	

無障礙設施設備	門鈴閃光器		三、000	一、000		者。	
	無線震動警示器		二、000	一、000		二、以「戶」為補助單位，每戶限申請一台。	
	電話擴音器		二、000	一、000			
	門(加寬、折疊門、剔除門檻、自動門)		六、000	三、000		一、具肢障或平衡障礙之多重障礙者及視障者。	
	扶手(單隻)		一、500	七50		二、浴室改善項目包括：水龍頭、扶手、防滑措施、門等。	
	水龍頭(撥桿式或單閥式)		三、000	一、500		三、連續型扶手不受單隻補助金額限制，低收入戶最高補助金額為三萬元，非低收入戶最高補助金額為二萬元。	
	斜坡道(限自有土地)		八、000	四、000		四、上列項目全戶最高補助金額，低收入戶最高補助金額為五萬元，非低收入戶最高補助金額為二萬五千元。	
	防滑措施		三、000	一、500		五、須具復健科醫師所開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。	
	廚房改善工程		二0、000	一0、000	十	六、申請者應具備改善計畫及相關證明文件。	
	浴室改善工程		二0、000	一0、000		七、斜坡道和可攜帶斜坡板二者間僅能擇一申請補助。	
	特殊簡易洗槽		二、000	一、000			
	特殊簡易浴槽		五、000	二、500			
	可攜帶斜坡板		四、000	二、000			
	反光貼條		三、000	一、500	三		
移位機			二0、000	一0、000	十	一、肢障重度以上者或具肢障重度以上之多重障礙者。 二、應具復健科醫師所開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。	
特殊電腦輔助器具	點字觸摸顯示器		一00、000	五0、000		一、六歲以上視障者或具視障之多重障礙者。	
	擴視機	桌上型		八0、000	四0、000		二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)或電視。
		可攜式		四0、000	二0、000	四	三、點字觸摸顯示器及擴視機二者間僅能擇一項申請補助，其中擴視機桌上型及可攜式僅能擇一項申請補助。
	視障用電腦介面軟體		一0、000	五、000			
	鍵盤保護框(洞洞板)		一、000	五00		一、六歲以上肢障者或具肢障之多重障礙者。	
	特殊滑鼠或鍵盤介面		五、000	二、500		二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)。	
	手部輔助支架(如鍵盤敲擊器)		一、200	六00	四	三、申請吹吸口控滑鼠需為重度四肢癱瘓者，並須附由復健科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告。	
吹吸口控滑鼠		一五、000	七、500				

	視訊會議系統	五、000	二、500	四	一、六歲以上聽障者、語障者或具聽障、語障之多重障礙者。 二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)。
	溝通板	一〇、000	五、000	四	一、智障者、聽障者、語障者、自閉症者或具智障、聽障、語障、自閉症之多重障礙者。 二、應由復健科、耳鼻喉科或小兒科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告註明有語言或溝通障礙者。
	馬桶增高器(便盆椅)	一、200	600	三	身心障礙者。
	飲食類輔具:(含特殊刀、叉、湯匙、筷子、杯盤、防滑墊等相關項目)	500	250	一	一、復健科醫師診斷證明書特別註明症狀須要者。
	衣著類輔具:(含穿衣桿、穿鞋、襪輔助器、長柄取物鉗等相關項目)	一、000	500	一	二、飲食類、衣著類、居家類輔具之補助金額為單次補助金額。
	居家類輔具:(含特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關等相關項目)	800	400	二	
	轉位板(含移位墊及移位腰帶)	二、000	一、000	二	平衡機能障礙者、肢障重度以上者或具平衡機能障礙、肢障重度以上之多重障礙者。
	手動或電動床	一〇、000	五、000	五	一、限居家使用。 二、屬肢體癱瘓無法翻身及自行坐起，並由醫師開立診斷證明書特別註明症狀需要及相關治療師出具評估報告者。
	電動輪椅	五〇、000	二五、000	五	一、電動輪椅及電動代步車，二者間僅能擇一項申請補助。 二、肢障重度以上者。 三、具肢障之多重障礙者，其中肢障須重度以上。 四、應由復健科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。
	電動代步車	四〇、000	二〇、000		五、電動代步車之申請基於安全考量，具視障、心智障礙或精神障礙之多重障礙者，不予補助，且申請補助之電動代步車以四輪之電動代步車為原則。

復健	流體壓力床墊、氣墊床		—0、000	—0、000	三	<p>一、限居家使用。</p> <p>二、屬肢體癱瘓無法翻身及自行坐起，或於臥姿相關壓力處已有褥瘡者，並由醫師開立診斷證明書特別註明症狀需要者及相關治療師出具評估報告。</p> <p>三、應說明所需規格。</p>
	流體壓力輪椅座墊、輪椅氣墊座(特殊量製坐墊或特殊材質坐墊)		—0、000	—0、000	三	<p>一、下半身皮膚感覺或運動機能喪失，容易產生褥瘡者，或於坐姿相關壓力處已有褥瘡者，並由復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。</p> <p>二、應說明特殊規格及功能。</p>
輔助	義肢(單支)	部分手掌義肢(美觀手掌)	五、000	五、000	三	<p>一、肢障者或具肢障之多重障礙者。</p> <p>二、經行政院衛生署核可之身心障礙鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並具證明確有裝配上項復健輔助類之需求者，並應加註承製部位。</p> <p>三、義肢應先依全民健康保險義肢給付要點所定保險對象裝配義肢對同一部位以給付一次為限；十八歲以下對同一部位每二年給付一次之相關規定辦理，其後之耗損始申請本項補助。</p>
		部分足義肢(部分腳掌義肢)	—0、000	—0、000		
		前膊、小腿義肢(包括腕離斷、肘下前臂、踝離斷、賽姆式、膝下等義肢)	二0、000	二0、000		
		全膊、大腿義肢(包括肘離斷、肘上膝離斷、膝上等義肢)	四0、000	四0、000		
類	肩離斷、髖離斷義肢(包括肩胛截除、肩截除、骨盆半截除、髖切除等義肢)		五0、000	五0、000		
	助聽	單耳	—0、000	五、000	三	<p>一、聽障者、語障者或具聽障、語障之多重障礙者。</p> <p>二、申請助聽器須具身心障礙鑑定醫院耳科醫師診斷及醫</p>

器	雙耳	二〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇		<p>院內之專業聽力檢查人員評估並證明已無法治療改善者。雙耳聽力損失在55dB-110dB 之間補助兩只；優耳聽力在55dB-110dB 之間，劣耳聽力110dB 以上補助一只；聽力損失認定標準為氣導聽力檢查頻率500Hz~4000Hz 之間平均值。</p> <p>三、對於十八歲以下在國內就學致不能工作者（按社會救助法相關規定，推定為無工作能力者），最高補助額單耳為一萬四千元；雙耳得為二萬八千元，並須檢具在學證明文件。</p> <p>四、十二歲以下兒童，得每年申請補助乙次。</p>
下肢支架 (單支且補助金額均含矯正鞋)	踝足部支架 (小腿支架)	三、五〇〇	三、五〇〇	三	<p>一、肢障或具肢障之多重障礙者。</p> <p>二、經行政院衛生署核可之身心障礙鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並具證明確有裝配上項復健輔助類之需求者，並應加註承製部位。</p> <p>三、經全民健康保險給付部分，不予補助。</p> <p>四、十二歲以下兒童，得每年申請補助乙次。</p>
	膝踝足支架 (大腿支架、長腿支架)	七、〇〇〇	七、〇〇〇		
	髌膝踝足支架	八、〇〇〇	八、〇〇〇		
	髌部(髌)或膝部支架	三、〇〇〇	三、〇〇〇		
	軀幹支架(背架、背部支架、輪椅側支撐架)	八、〇〇〇	八、〇〇〇		
矯正器或上肢支架(含副木、手托板)	三、五〇〇	三、五〇〇			
特製輪椅		一五、〇〇〇	一五、〇〇〇	二	<p>一、須有復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。</p> <p>二、申請特製輪椅者限重度肢障者、植物人或包含肢障、植物人之重度多重障礙患者。</p> <p>三、申請特製輪椅須醫生診斷證明中註明無法使用一般輪椅原因，並加附圖(照)片及說明三項以上特殊規格和功能。</p>
站立架	普通型	五、五〇〇	五、五〇〇	三	<p>一、智障或具智障之多重</p>

	兒童成長型 或特製調整 型	一五、〇〇〇	一五、〇〇〇		障礙者。 二、肢障或具肢障之多重 障礙者。 三、須有復健科醫師開立 診斷證明書及相關治 療師評估報告。 四、六歲以下兒童補助使用年限 為一年。
彈性衣		三〇、〇〇〇	三〇、〇〇〇	六個月	顏面損傷或燒燙傷、肌膚殘損重 建等障礙者。
矽膠片		八、〇〇〇	八、〇〇〇	六個月	矽膠片應由整型外科或復健科 等相關專科醫師出具證明並註 明使用部位、面積及深度等。
人工電子耳		六〇〇、〇〇〇	中低收入戶最 高補助額度 四〇〇、〇〇 〇 一般戶最高補 助額度 二〇〇、〇〇 〇	終身乙次	一、重度聽障者，經配戴助聽器 及聽能復健半年，效果不 佳者。 二、感覺神經性聽力障礙病史在 五年以內者。 三、先天性聽障者，經電腦斷層 攝影確定至少具有一圈完 整耳蝸存在，且無其他禁 忌者。 四、以一歲六個月至六歲先天性 失聰者為優先。 五、限於依特定醫療技術檢查檢 驗醫療儀器施行或使用管 理辦法規定，申請所在地 直轄市、縣（市）主管機 關核准施行之醫療機構施 行植入手術者。 六、須有耳鼻喉科醫師開立診斷 證明書及專業聽力檢查人 員出具評估報告。
義眼(單眼)		一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇	三	視障者或具視障之多重障礙者。
人工講話器	一般型	二、〇〇〇	二、〇〇〇	一	一、聲音機能障礙者、語言機能 障礙者或具聲音機能障 礙、語言機能障礙之多重障 礙者。 二、申請電子型(電動式)人工講 話器限經醫師診斷書註明 全喉切除者。
	電子型	一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇	五	
輪椅特殊背墊 (需含硬式底板)		一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇	三	一、須有復健科醫師開立診斷證 明書及相關治療師評估報 告。 二、須說明特殊規格及功能。 三、申請此項目者限重度肢障者 或包含肢障之重度多重障 礙者。

	特製推車	一五、000	一五、000	三	<p>一、十二歲以下發展障礙相關診斷患者（如腦性麻痺患者）。</p> <p>二、須由復健科醫師開立診斷書及相關治療師出具評估報告特別註明症狀需要者。</p>
備註	<p>一、直轄市、縣(市)政府得依其財政狀況，自行增訂本標準表未列之輔助器具補助項目、最高補助額、最低使用年限及各補助對象資格。</p> <p>二、罹患罕見疾病之身心障礙者，經醫師開具診斷證明書並註明所需輔具項目，得不受本標準表障礙類別、等級之限制。但仍須符合該項輔具項目之其他規定。</p> <p>三、有關輔具申請及補助之流程，直轄市、縣(市)政府應建立嚴謹之審核機制，並後續追蹤瞭解輔具使用情形，另身心障礙者每人每年依實際需要最多以申請二項輔具補助為原則（因情形特殊，輔具使用年限未達最低使用年限或輔具申請項目已逾二項，須再申請補助者，或有特殊情形須申請補助者，得檢具相關證明文件經直轄市、縣(市)政府核准後專案辦理）。</p> <p>四、配合內政部推動直轄市、縣(市)設置輔具資源中心，期使輔具有效回收再利用，上開輔具項目得採現金給付或實物給付方式辦理，並授權由直轄市、縣(市)政府視其實際執行狀況辦理。</p> <p>五、直轄市、縣(市)政府得參酌市場實際價格自行調整核定補助金額。</p>				

臺中市政府身心障礙者輔助器具補助增訂表

金額單位：新臺幣元

性質	輔助器具類別		低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助對象及相關規定	
其他類	氧氣製造機		二〇、〇〇〇	一五、〇〇〇	五	一、植物人、重器障、失智症(重度以上)、代異、罕見疾病、肢障(重度)、聲語障(重度)之身心障礙者，經鑑定醫療機構診斷證明特別註明症狀需要者。 二、氧氣製造機及呼吸器限購置居家使用。 三、氧氣製造機及氧氣桶僅能擇一申請補助。 四、申請抽、拍、化痰機、呼吸器其中之一者，不得申請電動代步車、電動輪椅、特製三輪機車、特製三輪機車改裝等項補助。 限發展障礙相關診斷患者(如腦性麻痺患者)，且經鑑定醫療機構診斷證明特別註明症狀需要者。	
	氧氣桶		一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇			
	呼吸器		二〇、〇〇〇	一五、〇〇〇			
	拍痰機		一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇	三		
	抽痰機、吸引器		八、五〇〇	八、五〇〇			
	噴霧器、化痰機		七、〇〇〇	七、〇〇〇			
	特製助行器		六、〇〇〇	三、〇〇〇	三		
	矯正鞋(單支)	(鞋墊加高、訂作之內置鞋墊)	一、〇〇〇	一、〇〇〇	三		一、肢障或具肢障之多重障礙者。 二、經鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並證明特別註明症狀需要者。 三、十二歲以下兒童，得每年申請補助一次。 四、經全民健康保險給付部份，不予補助。 五、本項僅能擇一申請補助。
		特殊腳型全鞋量製	三、〇〇〇	二、〇〇〇			
	洗澡椅		一、二〇〇	六〇〇	一		
輪椅特殊頭靠		一〇、〇〇〇	一〇、〇〇〇	三	一、重度肢障或包含肢障之重度多重障礙者。 二、經鑑定醫療機構之復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師出具評估報告。 三、須為頭頸適形或多片式頭靠，包含可調整角度、深度及高度之關節，且固定		

					於硬式背板之上。
	人工電子耳耗材	八、000	八、000	一	<p>一、申請者需接受人工電子耳手術滿三年，始得申請補助。</p> <p>二、補助項目包括長線、短線、線圈、麥克風及磁鐵等(電池除外)。</p>
	兒童量製輪椅	三0、000	三0、000	三	<p>一、十八歲以下，發展障礙相關診斷患者(如腦性麻痺、肌肉萎縮症)，且須具重度肢障或植物人或包含肢障、植物人之重度多重障礙患者。</p> <p>二、須經鑑定醫療機構之復健科醫師開立診斷證明書(註明無法使用一般輪椅原因)，及相關治療師評估報告。</p> <p>三、本項輔具須具有下列功能，並附圖(照片)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.輪椅座深及座寬須可調整。 2.須有硬式坐、背板及輪椅側支撐架。 3.須有坐姿可調整機構(可傾斜或可空中傾倒)。 <p>四、申請兒童量製輪椅補助者，不得申請特製輪椅、輪椅側支撐架、輪椅特殊背墊等之補助，並符合上開全部輔具之最低使用年限之限制。</p>
	助聽器	單耳	一四、000	一四、000	<p>一、爰內政部會銜衛生署訂定之身心障礙者醫療及輔助器具費用補助標準表助聽器補助之規定。</p> <p>二、對於十八歲以下在國內就學致不能工作者(按社會救助法相關規定，推定為無工作能力者)，最高補助額單耳為一萬四千元；雙耳得為二萬八千元，並須檢具在學證明文件。</p> <p>三、十二歲以下兒童，得每年申請補助乙次。</p>
		雙耳	二八、000	二八、000	

備 註	<ul style="list-style-type: none">一、依據身心障礙者醫療及輔助器具補助辦法第四條之標準表備註第一點規定辦理。二、本表得參酌市場實際價格自行調整核定補助金額。三、本表經簽奉核定後實施。
--------	--