

醫療輔具補助標準表

111.01.01

| 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 | 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> |
| 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 | |

| 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. 具壓力流量大小調節功能：80-250mmHg。 2. 內建電池，於停電時，可連續抽吸30分鐘之電力供應。 3. 應有醫療器材許可證字號。 (四) 化痰機(噴霧器)： 1. 可提供 $\leq 5\mu\text{m}$ 氣霧粒子。 2. 應有醫療器材許可證字號。 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。 |
| 5 | 血氧偵測儀(血氧機) | 6,000 | 4,500 | 3,000 | 3 | 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。 |
| 6 | 氧氣製造機 | 25,000 | 18,800 | 12,500 | 5 | 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。 (二) 申請氧氣製造機，應出 |

| 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 |
|----|------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | <p>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> <ol style="list-style-type: none"> 1. 含氧飽和度測量： <ol style="list-style-type: none"> (1) 範圍：0-100%。 (2) 精準度：70-100%±2%。 2. 脈率測量： <ol style="list-style-type: none"> (1) 範圍：20-280BPM。 (2) 精準度：20-250BPM±3BPM。 3. 應具有醫療器材許可證字號。 <p>(二) 氧氣製造機：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 流量範圍：1-5公升/分鐘。 2. 氧氣濃度：1-5公升/分鐘 93%±3%。 3. 輸出壓力：> 6.0psig。 4. 應具有醫療器材許可證字號。 <p>四、其他規定如下：</p> <p>(一) 限居家自我照顧所需者申請。</p> |

| 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 |
|----|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | (二) 應檢附輔具供應商出具之保固書影本。 |
| 7 | 咳嗽(痰)機 (Cough Assist Machine) | 120,000 | 90,000 | 6,000 | 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</p> |

| 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 |
|----|------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | <p>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。</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書正本(正本查驗後發還，影本留存)。</p> |

| 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 |
|----|--|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | 2. 採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。 |
| 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</p> |
| 9 | 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP： Bilevel Positive Airway Pressure) | 140,000 | 105,000 | 70,000 | 5 | |

| 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 |
|----|------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | <p>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： (一) 限居家自我照顧所需者申請。 (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。 (三) 應檢附其他文件、資料：</p> |

| 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 |
|----|-----------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | <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> <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> |
| 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，可以連續抽取30分鐘之電力供應(每次抽痰機運作抽吸時間1分鐘)</p> |

| 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 |
|----|----------------------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | 計算，至少可提供30次之抽吸)。 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。 |
| 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。 (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> |
| 12 | 壓力衣-B款項-肩部、胸部、腹部、背部 | 4,600 | 3,450 | 2,300 | 6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 | |
| 14 | 壓力衣-D款項-右手、右腕 | 2,000 | 1,500 | 1,000 | 6個月 | |
| 15 | 壓力衣-E款-左上臂、左肘、左前臂 | 1,450 | 1,100 | 750 | 6個月 | |
| 16 | 壓力衣-F款-左手、左腕 | 2,000 | 1,500 | 1,000 | 6個月 | |
| 17 | 壓力衣-G款-腰部、臀部、左大腿、右大腿 | 3,700 | 2,780 | 1,850 | 6個月 | |

| 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 |
|----|---------------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|---|
| 18 | 壓力衣-H款項-右小腿 | 1,450 | 1,100 | 750 | 6個月 | <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，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> |
| 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 | |
| 22 | 矽膠片 | 9,000 | 6,800 | 4,500 | 6個月 | |

| 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 |
|----|------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|---|
| | | | | | | <p>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> <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。</p> <p>(三) 應有醫療器材許可證字號。</p> |

備註：

1. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。

| 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 |
|------------------------|------|---------------|----------------|-----------------------|-----------|--------|
| 6. 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。 | | | | | | |