身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法

<http://law.moj.gov.tw/News/news_detail.aspx?id=85302>

中華民國一百零一年七月九日行政院衛生署衛署照字第 1012862957 號令、內政部內授中社字第 1015933706 號令會銜訂定發布全文 14 條；並自一百零一年七月十一日施行

第 1 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 2 條 本辦法之補助對象，為依本法領有身心障礙手冊或身心障礙證明，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 3 條 本辦法所稱醫療復健所需醫療費用（以下簡稱醫療費用），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。

第 4 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內，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。

第 5 條 醫療費用及醫療輔具之補助項目、補助對象資格、補助上限、使用年限、

功能或規格規範、醫療輔具評估規定及其他相關事項，依醫療費用及醫療

輔具補助標準表（如附表）之規定。

第 6 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

給診斷證明或醫療輔具評估報告。

第 7 條 醫療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。

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。

第 8 條 醫療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。

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及前項第二款之憑證，

補辦申請；其憑證不得逾六個月。

第 9 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，僅得從優擇一補助。

第 10 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。

第 11 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。

第 12 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 13 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。

第 14 條 本辦法自中華民國一百零一年七月十一日施行。

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 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | | 電動拍痰器 | 15,000 | 11,300 | 7,500 | 三 | 1. 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。   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。  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。  (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。  2.應有醫療器材查驗登記字號。  四、其他規定：  (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。 |
| 2 | | 抽痰機 | 5,000 | 3,800 | 2,500 | 三 |
| 3 | | 化痰機(噴霧器) | 5,000 | 3,800 | 2,500 | 三 |
| 4 | | 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) | 120,000 | 90,000 | 60,000 | 五 | 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。  二、申請醫療輔具補助，規定如下：   * 1. 應出具診斷證明書；診斷證明書應由胸腔內科、胸腔外科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。   (二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。  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:吸氣壓力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。  四、其他規定：  (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。  (四)應檢具之其他文件：  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。 |
| 5 | | 血氧偵測儀(血氧機) | 6,000 | 4,500 | 3,000 | 三 | 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。  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。  三、應具有醫療器材查驗登記字號。  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保固書之影本。 |
| 6 | | 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為之，並載明本項需求。  三、應具有醫療器材查驗登記字號。  四、其他規定：  (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。 |
| 7 | | UPS不斷電系統 | 2,500 | 1,900 | 1,300 | 三 | 1. 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。 2. 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)。   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。 |
| 8 | | 壓力衣-A款-頭頸 | 2,500 | 1,900 | 1,300 | 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、身體腫瘤或循環障礙致須壓力治療者。  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，並載明有壓力治療需求者。  (二)應出具醫療輔具評估報告書；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。 |
| 9 | | 壓力衣-B款-肩胸腹背 | 4,000 | 3,000 | 2,000 | 六個月 |
| 10 | | 壓力衣-C款-右上肢 | 2,700 | 2,100 | 1,400 | 六個月 |
| 11 | | 壓力衣-D款-左上肢 | 2,700 | 2,100 | 1,400 | 六個月 |
| 12 | | 壓力衣-E款-腰臀大腿 | 3,000 | 2,300 | 1,500 | 六個月 |
| 13 | | 壓力衣-F款右下肢 | 2,700 | 2,100 | 1,400 | 六個月 |
| 14 | | 壓力衣-G款-左下肢 | 2,700 | 2,100 | 1,400 | 六個月 |
| 15 | | 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開具，載明本項需求  及需使用矽膠片之部位、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)應有醫療器材查驗登記字號 |
| 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。 |
| 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。 |
| 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具評估報告之費用申請。 |

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。
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確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6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。
5. 本表輔具編碼7至14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醫療器材查驗合格之登記字號。
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。