

身心障礙者輔具費用補助辦法第四條附表修正規定

附表 身心障礙者輔具費用補助基準表

依身心障礙者輔具費用補助辦法及衛生福利部 111 年 10 月 20 日衛授家字第 1110761152 號令辦理

分類序次	輔具分類	項次
一	個人行動輔具 【含推車、手(電)動輪椅、輪椅附加功能及配件、擺位系統、電動代步車、特製汽機車改裝、步行輔具、移位輔具、視障用白手杖或杖頭】	1 至 58
二	(一)溝通及資訊輔具-視覺相關輔具 【含收錄音機或隨身聽、聽書機、點字手錶、語音報時器、特製眼鏡、角膜疾病類隱形眼鏡、包覆式濾光眼鏡、望遠鏡、放大鏡、點字板、點字機、點字觸摸顯示器、擴視機、螢幕報讀軟體、螢幕放大軟體、語音手機】	59 至 78
	(二)溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具 【含傳真機、行動手機、助聽器、電話擴音器】	79 至 86
	(三)溝通及資訊輔具-警示、指示及信號輔具 【含電話閃光震動器、門鈴閃光器、無線震動警示器、火警閃光警示器、個人衛星定位器】	87 至 91
	(四)溝通及資訊輔具-發聲輔具 【含人工講話器】	92 至 93
	(五)溝通及資訊輔具-溝通相關輔具 【含無語音輸出之圖卡或設備、低(高)階固定版面型語音溝通器、具掃描功能固定版面型語音溝通器、語音溝通軟體、動態版面型語音溝通器】	94 至 100
	(六)溝通及資訊輔具-電腦輔具 【含特殊開關、滑鼠鍵盤模擬器、替代性滑鼠或鍵盤介面、嘴控滑鼠、紅外線貼片感應滑鼠、陀螺儀動作感應滑鼠、眼控滑鼠、支撐固定器】	101 至 108
三	身體、生理及生化試驗設備及材料 【含語音血壓計】	109
四	身體、肌力及平衡訓練輔具 【含站立架、傾斜床】	110 至 113
五	預防壓瘡輔具 【含減壓座墊、氣墊床】	114 至 122
六	住家家具及改裝組件 【含居家用照顧床、擺位椅、升降桌、爬梯機、軌道式樓梯升降機、固定式動力垂直升降平台、居家無障礙修繕、居家無障礙輔具】	123 至 162
七	個人照顧及保護輔具 【含移動式身體清洗槽、頭護具、馬桶增高器、沐浴椅、便盆椅、語音體溫計、語音體重計、衣著用輔具】	163 至 175
八	居家生活相關輔具 【含飲食用輔具、居家用輔具、物品裝置與處理輔具、藥品處理輔具】	176 至 179
九	矯具及義具 【含義肢及矯具、義肢組件、量身訂製特製鞋、透明壓力面膜、假髮、義眼、義鼻、義耳、義顎、混和義臉】	180 至 239
十	其他 【含人工電子耳、人工電子耳語言處理設備更新、人工電子耳配件】	240 至 242

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	1	※推車-一般型	6,500	6,500	6,500	3	甲類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一) 第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者) (二) 12 歲以下動作發展障礙兒童(如腦性麻痺患者)。 二、評估規定：應符合下列條件之一：
個人行動輔具	2	※推車-荷重型	12,000	12,000	12,000	3	甲類	(一) 經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 1)。 (二) 經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 1)。
個人行動輔具	3	※推車-擺位型	28,000	28,000	28,000	3	甲類	(三) 申請推車-擺位型(項次 3)須經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 1)。 三、規格或功能規範：專為載送人員設計之推車，均應配備骨盆帶，且符合下列各項規範： (一) 推車-一般型(項次 1)：含嬰幼兒推車，須具 15 公斤以上載重功能。 (二) 推車-荷重型(項次 2)：須具 35 公斤以上載重功能。 (三) 推車-擺位型(項次 3)：須具 35 公斤以上載重功能，且具空中傾倒功能、座深及踏板高度之機械結構調整功能，並提供頭靠墊、軀幹側支撐墊、臀部(或大腿部)側支撐墊及身體固定帶(可與骨盆帶整合)。 四、其他規定： (一) 推車各項次(項次 1 至 3)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二) 應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另推車-荷重型、擺位型(項次 2、3)並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	4	輪椅-非輕量化量產型	3,500	2,625	1,750	3	不需評估	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】中度以上。(中度以上失智症者) (ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (四)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (五)申請輪椅-客製型(項次6)者，上述障別之等級須為重度以上。 二、評估規定：申請輪椅-客製型(項次6)須經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號1)。 三、規格或功能規範：輪椅均應配備骨盆帶，且符合下列各項規範： (一)輪椅-輕量化量產型(項次5)：為輕量化材質骨架設計。
個人行動輔具	5	輪椅-輕量化量產型	4,000	3,000	2,000	3	不需評估	(二)輪椅-客製型(項次6)：符合下列4種以上材質或機械結構規格： 1. 具有5公分以上之座寬調整功能。 2. 具有10公分以上之座深調整功能，或提供10公分以上座深之訂購範圍。 3. 具有5段以上之座背靠角度調整功能，或提供30度以上座背靠角度訂購範圍。 4. 具有6公分以上座高調整功能，或提供6公分以上座高訂購範圍。 5. 具有5公分以上扶手高度調整功能，或提供5公分以上扶手高度訂購範圍。 6. 具有2種以上後輪軸心前後位置調整功能。 7. 22英吋以上座寬，並具150公斤以上之載重功能；14英吋以下座寬。 8. 為輕量化材質骨架設計。 四、其他規定： (一)18歲以下符合補助資格者得2年申請補助1次。 (二)依評估結果，輪椅-輕量化量產型、客製型(項次5、6)須搭配輪椅附加功能各項次(項
個人行動輔具	6	※輪椅-客製型	9,000	9,000	9,000	3	甲類	(二)輪椅-客製型(項次6)：符合下列4種以上材質或機械結構規格： 1. 具有5公分以上之座寬調整功能。 2. 具有10公分以上之座深調整功能，或提供10公分以上座深之訂購範圍。 3. 具有5段以上之座背靠角度調整功能，或提供30度以上座背靠角度訂購範圍。 4. 具有6公分以上座高調整功能，或提供6公分以上座高訂購範圍。 5. 具有5公分以上扶手高度調整功能，或提供5公分以上扶手高度訂購範圍。 6. 具有2種以上後輪軸心前後位置調整功能。 7. 22英吋以上座寬，並具150公斤以上之載重功能；14英吋以下座寬。 8. 為輕量化材質骨架設計。 四、其他規定： (一)18歲以下符合補助資格者得2年申請補助1次。 (二)依評估結果，輪椅-輕量化量產型、客製型(項次5、6)須搭配輪椅附加功能各項次(項

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								次 7 至 9)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)依評估結果，輪椅-客製型(項次 6)須搭配擺位系統各項次(項次 26 至 29)同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)輪椅各項次(項次 4 至 6)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (五)申請本項補助者於最低使用年限內不得再申請高活動型輪椅各項次(項次 10、11)。 (六)申請輪椅-客製型(項次 6)核銷時應檢附原廠輪椅訂製單，包含機械結構調整範圍或功能，與訂購範圍或訂購功能等之必要資訊。 (七)輪椅各項次(項次 4 至 6)及輪椅附加功能各項次(項次 7 至 9)同時申請應視為輔具整體，核銷時得提供輔具整體購買金額，無須細列各補助項目購買金額。 (八)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	7	※ 輪椅附加功能-具利於移位功能	5,000	5,000	5,000	3	甲類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】重度以上。(重度以上失智症者) (ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第二類：【b235】或【03】重度以上。(重度以上平衡機能障礙者) (四)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者)；無法以下肢承重轉位者，得申請輪椅附加功能-具利於移位功能(項次 7)，不受障礙等級重度以上之限制。
個人行動輔具	8	※ 輪椅附加功能-具仰躺功能	2,000	2,000	2,000	3	甲類	二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經身心障礙鑑定醫療機構之復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 1)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 1)。
個人行動輔具	9	※ 輪椅附加功能-具空中傾倒功能	4,000	4,000	4,000	3	甲類	三、規格或功能規範： (一)輪椅附加功能-具利於移位功能(項次 7)：具可拆、掀或下沉式扶手以淨空橫向移

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								位路徑，並具可拆卸式腳靠以利於移位。 (二)輪椅附加功能-具仰躺功能(項次 8)：具不及座面連動之椅背仰躺功能(無段式調整)，且須配備胸帶及防傾桿。 (三)輪椅附加功能-具空中傾倒功能(項次 9)：具及椅背連動之無段式或有段式(具 10 段以上)座面空中傾倒功能，及配備胸帶及防傾桿。 四、其他規定： (一)18 歲以下符合補助資格者得 2 年申請補助 1 次。 (二)依評估結果，輪椅-輕量化量產型、客製型(項次 5、6)須搭配輪椅附加功能各項次(項次 7 至 9)同時申請時，視為補助 1 項次，不得僅申請輪椅附加功能各項次(項次 7 至 9)。 (三)輪椅各項次(項次 4 至 6)及輪椅附加功能各項次(項次 7 至 9)同時申請應視為輔具整體，核銷時得提供輔具整體購買金額，無須細列各補助項目購買金額。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	10	高活動型輪椅-基礎型	30,000	22,500	15,000	4	甲類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第七類：【b710b】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s750】或【05】下肢重度以上。(下肢重度以上肢體障礙者) (二)具自力推行能力者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 1)。 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範： (一)採用高強度輕量化材質製作的骨架結構，含必要組件(骨架、輪組、煞車、座背墊、腿靠及踏板)之全車淨重 12 公斤以下。 (二)後輪應配置高壓充氣胎，其可承受之充氣壓力值不得低於 100 磅/平方英吋(100psi)。 (三)為符合個別化使用需求，高活動型輪椅-基礎型(項次 10)應能符合下列 3 項以上規格，高活動型輪椅-進階型(項次 11)應能符合下列所有規格：
個人行動輔具	11	高活動型輪椅-進階型	60,000	45,000	30,000	5	甲類	1. 提供 3 種以上輪椅前後座高組合之選項。 2. 介於 100 度至 75 度間的座背靠角範圍內，至少可提供 3 種以上之角度選項。 3. 提供 3 種以上後輪軸心前置位置選項，且軸心最大前置量不得小於 6 公分。 4. 提供 2 種以上之後輪外展角度選項。 5. 提供 2 種以上之前骨架彎管角度選項。 四、其他規定： (一)申請高活動型輪椅-基礎型(項次 10)，18 歲以下符合補助資格者得 2 年申請補助 1

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								次。 (二)高活動型輪椅各項次(項次 10、11)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)申請本項補助者於最低使用年限內不得再申請輪椅各項次(項次 4 至 6)。 (四)申請高活動型輪椅各項次(項次 10、11)核銷時應檢附原廠高活動型輪椅訂製單，包含機械結構調整範圍或功能，與訂購範圍或訂購功能等之必要資訊。 (五)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	12	手推圈啟動型動力輔助輪椅	50,000	37,500	25,000	5	甲類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第七類：【b710b】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s750】或【05】下肢重度以上。(下肢重度以上肢體障礙者) (二)具自力推行能力者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書。(輔具評估報告書格式編號 1) 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範： (一)為手動輪椅及內建 2 組輪轂馬達之動力輔助裝置，由推動手推圈驅動，其英文學名為 Push-rim Activated Power Assist Wheelchair (PAPAW)。 (二)具有在下坡行進時之自動控制速度功能。 四、其他規定： (一)申請本項補助者於最低使用年限內不得再申請電動輪椅各項次及電動代步車(項次 14、15、30)。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	13	輪椅配件-後推式介護型動力套件	8,000	6,000	4,000	5	甲類	一、補助對象：輪椅使用者，且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】中度以上。(中度以上失智症者)(ICD代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (四)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書。(輔具評估報告書格式編號 1)。 三、規格或功能規範：指附掛於左右後輪間之動力輔助套件，包含馬達、電池、自動減速裝置，以連桿於後方提供輪椅推行動力，推行啟動與速度由後方照顧者操作控制。 四、其他規定： (一)本項補助不含手動輪椅。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	14	電動輪椅-基礎型	50,000	37,500	25,000	5	甲類	一、補助對象：第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上(重度以上肢體障礙者)，且具自行駕駛電動輪椅之能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 2)。 三、規格或功能規範：電動輪椅應包含座背墊、骨盆帶、電池、馬達、控制器、輪組及充電器等基本配備；充電器應有防止電池過度充電之機制。須提供骨架結構保固 3 年以上，且電動輪椅-進階型(項次 15)應符合下列所有規範： (一)坡面上靜態穩定角度達 9 度以上。 (二)爬坡時動態穩定角度達 6 度以上。 (三)正面跨越障礙能力達 5 公分以上。 (四)理論行駛距離 25 公里以上。
個人行動輔具	15	電動輪椅-進階型	60,000	45,000	30,000	5	甲類	四、其他規定： (一)電動輪椅各項次(項次 14、15)限單人使用。 (二)依評估結果，電動輪椅各項次(項次 14、15)須搭配電動輪椅配件各項次(項次 16 至 21)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)電動輪椅各項次(項次 14、15)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)申請本項補助者於最低使用年限內不得再申請手推圈啟動型動力輔助輪椅及電動代步車(項次 12、30)。 (五)電動輪椅各項次(項次 14、15)及電動輪椅配件各項次(項次 16 至 21)同時申請應視為輔具整體，核銷時得提供輔具整體購買金額，無須細列各補助項目購買金額。 (六)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
個人行動輔具	16	電動輪椅 配件-沙發 發型座椅	5,000	3,750	2,500	5	甲類	一、補助對象： (一) 第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上(重度以上肢體障礙者)，且具自行駕駛電動輪椅之能力。 (二)申請電動輪椅配件-特殊規格控制器(項次19)，限四肢嚴重癱瘓或精細運動控制不良之重度肢體障礙者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 2)。 三、規格或功能規範：
個人行動輔具	17	電動輪椅 配件-擺 位型椅架	15,000	11,250	7,500	5	甲類	(一)電動輪椅配件-沙發型座椅(項次16)：應符合下列所有規範： 1. 未含外露管件之獨立座椅系統，經由拆卸作業後，可與電動輪椅的動力底座分離。 2. 包含體適形的泡棉座墊、體適形的泡棉背墊及頭枕；墊體厚度於最薄處不得低於 5 公分。 3. 附有座背靠角度調整關節，可依照使用者需求，隨時以手動或電動方式調整背靠角度。 (二)電動輪椅配件-擺位型椅架(項次17)：應符合下列所有規範： 1. 具備座深 4 英吋以上(或 10 公分)、座寬 2 英吋以上(或 5 公分)、座背靠 20 度以上角度可調整之機械結構。 2. 獨立的座椅系統，經由拆卸作業後，可與電動輪椅的動力底座分離。 3. 至少配備含硬式底板(seat pan)及可拆換軟墊的座墊。 4. 座椅之座管應預留可加裝其他擺位配件(如輪椅擺位架)，所需之可鎖固孔位或滑軌。
個人行動輔具	18	電動輪椅 配件-電 動變換姿 勢 功能	10,000	7,500	5,000	5	甲類	(三)電動輪椅配件-電動變換姿勢功能(項次18)：指電動後躺、空中傾倒、抬腿、站立或升降功能。 (四)電動輪椅配件-特殊規格控制器(項次19)：應符合下列規範之一： 1. 控制器可同時支援比例式與非比例式控制訊號所需之輸入介面，以及圖文顯示之輸出介面。 2. 特殊規格之比例式搖桿組，包括微型搖桿(micro-joystick)或耐衝擊搖桿(heavy-duty joystick)。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	19	電動輪椅配件-特殊規格控制器	35,000	26,250	17,500	5	甲類	(五)電動輪椅配件-新車內建鋰系電池(項次20):指由電動輪椅原廠配置,供應馬達驅動所需能源之鋰系電池。 (六)電動輪椅配件-控制器操作位置調整(項次21):指配合使用者需要,以特殊姿勢或身體部位操作控制器輸入介面,而進行的位置改裝,應包含連接電動輪椅所需的支撐或收折等機械結構,且符合下列規範之一: 1.整合於輪椅桌板中的嵌入式設計,應含透明材質桌板,並可指定控制器於板面上之設置位置。
個人行動輔具	20	電動輪椅配件-新車內建鋰系電池	6,000	4,500	3,000	5	甲類	2.利於以頭部(如下巴)或下肢(如足踝),啟動開關並操作控制器搖桿所需之改裝,應含可微調位置、角度及收折之關節。 四、其他規定: (一)依評估結果,電動輪椅各項次(項次14、15)須搭配電動輪椅配件各項次(項次16至21)同時申請時,視為補助1項次。除電動輪椅配件-控制器操作位置調整(項次21),不得僅申請電動輪椅配件各項次(項次16至20)。電動輪椅各項次(項次14、15)及電動輪椅配件-控制器操作位置調整(項次21)得同時或分別申請,且最低使用年限以電動輪椅各項次(項次14、15)為基準。 (二)電動輪椅配件-沙發型座椅、擺位型椅架(項次16、17)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)申請電動輪椅配件-沙發型座椅(項次16)不可同時申請擺位系統各項次(項次26至29)。 (四)電動輪椅配件-電動變換姿勢功能(項次18)依實際評估需求至多補助2種功能時,最高補助金額按左列基準2倍計算,並視為補助1項次。
個人行動輔具	21	電動輪椅配件-控制器操作位置調整	5,000	3,750	2,500	5	甲類	(五)申請電動輪椅配件-特殊規格控制器(項次19),傳統比例式搖桿頭之改裝非屬本項補助。 (六)申請電動輪椅配件-新車內建鋰系電池(項次20),出廠後改裝為鋰系電池非屬本項補助。鋰系電池應符合國家標準之含鹼性或其他非酸性電解質之二次單電池及電池組一用於可攜式應用之可攜式封裝型二次單電池及由其所組成的電池組之安全要求—第2部:鋰系(CNS 62133-2)或其他具等同性國際標準之性能規格要求。 (七)電動輪椅各項次(項次14、15)及電動輪椅配件各項次(項次16至21)同時申請應視為輔具整體,核銷時得提供輔具整體購買金額,無須細列各補助項目購買金額。 (八)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	22	電動輪椅或電動代步車電池(非鋰系電池)-50 安培小時(含)以上	5,000	3,750	2,500	2	不需評估	一、補助對象:符合本辦法申請電動輪椅或電動代步車資格者。 二、其他規定: (一)本項次補助計算單位為 1 部電動輪椅或電動代步車所需之電池量。 (二)曾依本辦法獲電動輪椅各項次或電動代步車(項次 14、15、30)補助者滿 2 年後始得申請。 (三)本項次補助之電池應符合國家標準之輪椅—第 25 部:電動輪椅之電池組及充電器(CNS 14964-25)或其他具等同性國際標準之性能規格要求。
個人行動輔具	23	電動輪椅或電動代步車電池(非鋰系電池)-50 安培小時以下	3,000	2,250	1,500	2	不需評估	
個人行動輔具	24	電動輪椅或電動代步車電池(鋰系電池)-20 安培小時或 480 瓦特小時(含)以上	12,000	9,000	6,000	4	不需評估	一、補助對象:符合本辦法申請電動輪椅或電動代步車資格者。 二、其他規定: (一)本項次補助計算單位為 1 部電動輪椅或電動代步車所需之電池量。 (二)曾依本辦法獲電動輪椅各項次或電動代步車(項次 14、15、30)(限製造出廠內建鋰系電池)補助者滿 4 年後始得申請。 (三)本項次補助之電池應依醫療器材許可證核准資料為準。 (四)本項次補助之電池應符合國家標準之含鹼性或其他非酸性電解質之二次單電池及電池組—用於可攜式應用之可攜式封裝型二次單電池及由其所組成的電池組之安全要求—第 2 部:鋰系(CNS 62133-2)或其他具等同性國際標準之性能規格要求。 (五)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人行動輔具	25	電動輪椅或電動代步車電池(鋰系電池)-20 安培小時或 480 瓦特小時以下	8,000	6,000	4,000	4	不需評估	
個人行動輔具	26	※擺位系統-平面型輪椅背靠	1,000	1,000	1,000	3	甲類	一、補助對象:輪椅或電動輪椅使用者,且應符合下列條件之一: (一)第一類:【b110.4】、【09】。(植物人) (二)第七類:【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者)
個人行動輔具	27	※擺位系統-曲面適形輪椅背靠	13,000	13,000	13,000	3	甲類	二、評估規定:經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 3)。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	28	※擺位系統-輪椅擺位架	1,500	1,500	1,500	3	甲類	三、規格或功能規範： (一)擺位系統-平面型輪椅背靠(項次 26)：須含硬式底板及軟墊。 (二)擺位系統-曲面適形輪椅背靠(項次 27)：應符合下列所有規範： 1. 適形硬式底板及適形軟墊。 2. 可快速拆裝設計。 3. 可調整深度及角度的嵌入式吊掛系統。 (三)擺位系統-輪椅擺位架(項次 28)：鎖固在輪椅上或背靠上並具有可調整之機械結構，如軀幹側支撐架、臀側支撐架、內收鞍板、分腿器、膝前擋板。 (四)擺位系統-輪椅頭靠系統(項次 29)：具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構。 四、其他規定： (一)18 歲以下符合補助資格者得 2 年申請補助 1 次。 (二)依評估結果，輪椅-客製型(項次 6)須搭配擺位系統各項次(項次 26 至 29)同時申請時，視為補助 1 項次。
個人行動輔具	29	※擺位系統-輪椅頭靠	2,500	2,500	2,500	3	甲類	(三)擺位系統-平面型輪椅背靠、曲面適形輪椅背靠(項次 26、27)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)擺位系統-輪椅擺位架(項次 28)依實際評估需求，於最低使用年限內申請至多補助 3 支，最高補助金額按左列基準 3 倍計算，且同時申請時視為補助 1 項次。 (五)依評估結果，擺位系統各項次(項次 26 至 29)同時申請時，視為補助 1 項次。 (六)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另量產型產品應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	30	電動代步車	25,000	18,750	12,500	5	甲類	一、補助對象：應具自行駕駛電動代步車之能力且符合下列條件之一： (一)第四類：【b410】、【b415】、【b430】或【07】重度以上；第四類：【b440】、【s430】或【07】重度以上；第五類：【b510】、【s530】、【s540】、【s560】或【07】重度以上；第六類：【b610】、【b620】、【s610】或【07】重度以上。(重度以上重要器官失去功能者) (二)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 2)。 三、規格或功能規範：電動代步車以 4 輪規格為原則，且 2 前輪之輪胎內側距離須大於 30 公分。 四、其他規定： (一)電動代步車限單人使用。 (二)申請本項補助者於最低使用年限內不得再申請手推圈啟動型動力輔助輪椅及電動輪椅各項次(項次 12、14、15)。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	31	行動輔具附加功能-完成搭配機動車輛使用之衝擊測試	3,000	2,250	1,500	不適用	不適用	一、補助對象：應為推車、輪椅、高活動型輪椅、手推圈啟動型動力輔助輪椅、電動輪椅或電動代步車之使用者。 二、規格或功能規範：凡兼具機動車輛中正面向前座椅之特性，符合國家標準之輪椅-第 19 部：作為機動車輛座椅之輪型移動裝置(CNS 14964-19)或其他具等同性國際標準之性能規格要求，且標示束縛裝置鈎扣點之行動輔具。 三、其他規定：須與推車各項次、輪椅各項次、高活動型輪椅各項次、手推圈啟動型動力輔助輪椅、電動輪椅各項次或電動代步車(項次 1 至 6、10 至 12、14、15、30)之行動輔具同時提出申請，且視為補助 1 項次，不得僅申請行動輔具附加功能-完成搭配機動車輛使用之衝擊測試(項次 31)。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
個人行 動輔具	32	特製機車 -加裝輔 助後輪特 製車	65,000	48,750	32,500	6	不需 評估	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (二)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、規格或功能規範： (一)特製機車-加裝輔助後輪特製車(項次 32)：含機車新品及於該車輛加裝輔助後輪。 (二)特製機車-加裝差速器套件及輔助後輪特製車(項次 33)：含機車新品及於該車輛加裝差速器套件及輔助後輪，差速器套件包含差速器、煞車系統與倒退輔助器。 (三)特製機車-改裝輪椅直上式特製車(項次 34)：含機車新品及於該車輛加裝輪椅直上裝置。 (四)三輪機車(項次 35)：原廠設計為三輪機車新品，非改裝品，且 2 輪裝設於同一車軸上須超過 46 公分。 (五)機車改裝-裝設輔助後輪(項次 36)：以原有車輛加裝輔助後輪。 (六)機車改裝-裝設差速器套件及輔助後輪(項次 37)：以原有車輛加裝差速器套件及輔助後輪，差速器套件包含差速器、煞車系統與倒退輔助器。 (七)機車改裝-裝設輪椅直上裝置(項次 38)：以原有車輛加裝輪椅直上裝置。 (八)機車改裝-油門或煞車改裝(項次 39)：指改裝油門或煞車之位置、操控方式，使適合身心障礙者本人駕駛。 (九)汽車改裝-油門或煞車連桿(項次 41)：指改裝油門或煞車之位置、操控方式或連動方式，使適合身心障礙者本人駕駛。 三、其他規定： (一)特製機車各項次、三輪機車、機車改裝-裝設輔助後輪、機車改裝-裝設差速器套件及輔助後輪、機車改裝-裝設輪椅直上裝置(項次 32 至 38)，上述 7 項次於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)機車改裝-油門或煞車改裝(項次 39)，與特製機車各項次、三輪機車、機車改裝-裝設輔助後輪、機車改裝-裝設差速器套件及輔助後輪、機車改裝-裝設輪椅直上裝置(項次 32 至 38)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)特製機車改裝(裝設倒退輔助器)(項次 40)，與特製機車-加裝輔助後輪特製車、特製機車-改裝輪椅直上式特製車、三輪機車、機車改裝-裝設輔助後輪、機車改裝-裝設輪椅直上裝置(項次 32、34 至 36、38)同時申請時，視為補助 1 項次。
個人行 動輔具	33	特製機車 -加裝差 速器套件 及輔助後 輪特製車	78,000	58,500	39,000	6	不需 評估	
個人行 動輔具	34	特製機車 -改裝輪 椅直上式 特製車	80,000	60,000	40,000	6	不需 評估	
個人行 動輔具	35	三輪機車	65,000	48,750	32,500	6	不需 評估	
個人行 動輔具	36	機車改裝 -裝設輔 助後輪	15,000	11,250	7,500	6	不需 評估	
個人行 動輔具	37	機車改裝 -裝設差 速器套件 及輔助後 輪	28,000	21,000	14,000	6	不需 評估	
個人行 動輔具	38	機車改裝 -裝設輪 椅直上裝 置	30,000	22,500	15,000	6	不需 評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	39	機車改裝-油門或煞車改裝	6,000	4,500	3,000	6	不需評估	(四)申請特製機車-加裝差速器套件及輔助後輪特製車、機車改裝-裝設差速器套件及輔助後輪(項次 33、37)，於最低使用年限內不得再申請特製機車改裝(裝設倒退輔助器)(項次 40)。 (五)申請特製機車、三輪機車及汽車、機車改裝者(項次 32 至 41)，應具有該類特製車輛之駕照。 (六)核銷時須檢附特製車輛之行照影本，且行照車主以身心障礙者本人為限。 (七)再度申請特製機車-加裝輔助後輪特製車、特製機車-加裝差速器套件及輔助後輪特製車、特製機車-改裝輪椅直上式特製車、三輪機車(項次 32 至 35)(含修訂前之「特製三輪機車」)時，應於核銷時檢附原機車報廢證明。 (八)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人行動輔具	40	特製機車改裝(裝設倒退輔助器)	8,000	6,000	4,000	6	不需評估	
個人行動輔具	41	汽車改裝-油門或煞車連桿	15,000	11,250	7,500	6	不需評估	
個人行動輔具	42	單支拐杖-量產型	500	375	250	3	不需評估	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (四)申請軀幹支撐型步態訓練器(項次 48)應符合上述障別之一，且為四肢動作控制能力不佳，無法使用一般步行輔具者。 二、評估規定：申請單支拐杖-客製型、帶輪型助步車、姿勢控制型助行器、軀幹支撐型步態訓練器(項次 43、46 至 48)應符合下列條件之一： (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 5)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評
個人行動輔具	43	單支拐杖-客製型	1,500	1,125	750	5	甲類	
個人行動輔具	44	助行器-一般型	800	600	400	3	不需評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	45	助行器-輪管型或助起型(R型)	1,200	900	600	3	不需評估	估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號5)。 三、規格或功能規範： (一)單支拐杖-量產型(項次42)：含單點手杖、前臂拐杖、腋下拐杖、四腳拐杖等。 (二)單支拐杖-客製型(項次43)：指拐杖非量產且依使用者需求客製長度、握把或杖身。 (三)助行器-輪管型或助起型(R型)(項次45)：指含2前輪之助行器，或助起式(R型)助行器。 (四)帶輪型助步車(助行椅)(項次46)：應符合下列所有規範： 1. 附手控煞車及煞車鎖定功能。 2. 附臨時休憩座位功能。 (五)姿勢控制型助行器(項次47)：須為前推或後拉方式，以改善步態姿勢，並須提供下列配件至少2項： 1. 轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。 2. 單向只進不退輪或阻力調整輪。 3. 骨盆側支撐墊。 4. 骨盆懸吊或座墊。 5. 前臂支撐配件。 (六)軀幹支撐型步態訓練器(項次48)：應包含前向或側向軀幹支撐機械結構以協助四肢動作控制能力不佳，無法使用一般步行輔具者，並須提供下列配件至少4項： 1. 轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。 2. 單向只進不退輪或阻力調整輪。 3. 踝足分隔配件。 4. 大腿分隔配件。 5. 骨盆懸吊或座墊。 6. 前臂支撐配件。 四、其他規定： (一)拐杖各項次(項次42、43)如依實際需求同時申請雙側使用者，最高補助金額按左列基準2倍計算，並視為補助1項次。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	46	帶輪型助步車(助行椅)	3,000	2,250	1,500	3	甲類	
個人行動輔具	47	姿勢控制型助行器	8,000	6,000	4,000	3	甲類	
個人行動輔具	48	軀幹支撐型步態訓練器	18,000	13,500	9,000	5	甲類	
個人行動輔具	49	移位腰帶(限居家使用)	1,500	1,125	750	3	甲類 丁類	一、補助對象：無法獨立轉移位者，且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)。(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
個人行動輔具	50	移位轉盤(限居家使用)	2,000	1,500	1,000	3	甲類 丁類	ICD-10:F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第二類:【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類:【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定:經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 6)。 三、規格或功能規範: (一)移位腰帶(項次 49):寬度至少須有 10 公分,接觸面不可有銳利部分;且須有 4 個以上之提把可供抓握。 (二)移位轉盤(項次 50):上下兩接觸面須為防滑材質。 (三)移位板(項次 51):可作為坐姿移位時相鄰平面之橋板,長度至少須 60 公分、寬度至少須 20 公分、厚度須 1 公分以下。 四、其他規定: (一)限居家使用者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	51	移位板(限居家使用)	2,000	1,500	1,000	5	甲類 丁類	
個人行動輔具	52	人力移位吊帶(限居家使用)	4,000	3,000	2,000	3	甲類 丁類	一、補助對象:無法獨立轉移位者,且應符合下列條件之一: (一)第一類:【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類:【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者) (ICD 代碼:ICD-9:290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。 ICD-10:F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第七類:【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定:經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 6)。 三、規格或功能規範: (一)人力移位吊帶(項次 52):至少須有 4 個提把以利個案於坐姿或臥姿下以人力搬運移位。 (二)移位滑布(項次 53):須使用上下層低摩
個人行動輔具	53	移位滑布(限居家使用)	1,000	750	500	5	甲類 丁類	
個人行動輔具	54	躺式移位滑墊(限居家使用)	6,000	4,500	3,000	5	甲類 丁類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								擦係數材質，以利個案移位。其寬度、長度至少須達到 50 公分以上。 (三)躺式移位滑墊(項次 54)：使用上下層低摩擦係數材質之軟墊，或包覆滑布之板材，以利個案在臥姿下進行平行移位。其寬度至少須達到 45 公分以上、長度至少須達到 170 公分以上。 四、其他規定： (一)限居家使用者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	55	移位機-人力型 (限居家使用)	30,000	22,500	15,000	10	甲類 丁類	一、補助對象：無法獨立轉移位者，且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：申請移位機各項次(項次 55、56)須經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 6)。 三、規格或功能規範： (一)移位機-人力型(項次 55)：以人力操作齒輪、滑輪、槓桿或吊帶拉升以進行人員移位之省力機械裝置。 (二)移位機-電動型(項次 56)：以電力驅動馬達或電動缸，搭配站立式、臥式或坐式之各款拉升或撐起裝置，以進行人員移位。 四、其他規定： (一)限居家使用者申請。 (二)曾依本辦法獲移位機各項次(項次 55、56)補助者，滿 3 年後始得申請移位機吊帶(項次 57)。申請移位機吊帶(項次 57)滿 1
個人行動輔具	56	移位機-電動型 (限居家使用)	60,000	45,000	30,000	10	甲類 丁類	
個人行動輔具	57	移位機吊帶 (限居家使用)	6,000	4,500	3,000	3	不需 評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								年後，且移位機各項次(項次 55、56)達規定之最低使用年限後，始得申請移位機各項次(項次 55、56)補助。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人行動輔具	58	視障用白手杖或杖頭	700	525	350	2	不需評估	一、補助對象：第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) 二、規格或功能規範： (一)視障用白手杖或杖頭(項次 58):白手杖指包含握柄部、杖身與杖頭之視障者專用白手杖。 (二)收錄音機或隨身聽(項次 59):應在無網路條件下可直接操作使用。 (三)聽書機(項次 60):應在無網路條件下可直接操作使用，且符合下列所有規範： 1. 收錄音機功能。 2. 各層選單之語音報讀功能。 3. 支援 TXT 或 DOC 電子書格式及朗讀功能。 三、其他規定：
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	59	收錄音機或隨身聽	1,000	750	500	3	不需評估	(一)收錄音機或隨身聽、聽書機(項次 59、60)於最低使用年限內僅能擇一申請，且手機及平板非屬本項補助。 (二)視障用點字手錶、視障用語音報時器(項次 61、62)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	60	聽書機	3,500	2,625	1,750	5	不需評估	
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	61	視障用點字手錶	3,000	2,250	1,500	3	不需評估	
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	62	視障用語音報時器	300	225	150	3	不需評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	63	特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)	6,000	4,500	3,000	3	戊類	一、補助對象： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)申請角膜疾病類隱形眼鏡(項次 64)，限具眼科醫師診斷之角膜疾病(如圓錐角膜、邊緣性角膜、暴露性角膜炎等)、意外傷害(如角膜化學灼傷等)。 二、評估規定： (一)申請特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)(項次 63)應符合下列條件之一： 1. 經眼科醫師開立診斷證明書並載明本項輔具需求，及載明屈光矯正之相關數據(如近視、遠視、散光、軸度、稜鏡度等相關配鏡參數)。 2. 經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 3 驗光報告表)。 (二)申請角膜疾病類隱形眼鏡(項次 64)，經眼科醫師開立註明相關疾病或意外傷害之診斷證明書並載明本項輔具需求。 三、規格或功能規範： (一)特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)(項次 63)：針對屈光矯正、斜視矯正、放大、遠用及近用、延伸視野、防眩光、增強對比、色覺改善等功能須另製、加工、修改或染色者。 (二)角膜疾病類隱形眼鏡(項次 64)：具改善角膜疾病或意外傷害之視覺障礙的功能。 四、其他規定： (一)18 歲以下符合補助資格者得 2 年申請補助 1 次。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。 另特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)之鏡片、角膜疾病類隱形眼鏡(項次 63、64)並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	64	角膜疾病類隱形眼鏡	10,000	7,500	5,000	3	依醫師診斷	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	65	包覆式濾光眼鏡	4,000	3,000	2,000	2	甲類 丁類 戊類	一、補助對象： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)申請包覆式濾光眼鏡(項次 65)，限光覺視力以上之視覺障礙者。 二、評估規定：申請包覆式濾光眼鏡、望遠鏡、放大鏡-高倍率(項次 65、66、68)應符合下列條件之一： (一)經眼科醫師開立診斷證明書並載明本項輔具需求。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	66	望遠鏡	3,000	2,250	1,500	4	甲類 丁類 戊類	(二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 1 功能性視覺評估表)。 三、規格或功能規範： (一)包覆式濾光眼鏡(項次 65)：鏡框於上緣及側緣均應有遮擋光線之包覆設計、有濾光效果、可阻隔藍光及紫外光。 (二)望遠鏡(項次 66)：同時載明倍率及口徑(或片徑)、放大倍率在 2 倍以上、重量 300 公克(g)以下、最短對焦距離為 100 公分以下。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	67	放大鏡-低倍率	400	300	200	3	不需評估	(三)放大鏡-低倍率(項次 67)：鏡片規格必須同時載明倍率及屈光度、倍率低於 2.5 倍及屈光度未達 10。 (四)放大鏡-高倍率(項次 68)：鏡片規格必須同時載明倍率及屈光度、倍率 2.5 倍以上及屈光度 10 以上。 四、其他規定： (一)申請放大鏡各項次(項次 67、68)，菲涅爾透鏡(Fresnel Lens)非屬本項補助。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	68	放大鏡-高倍率	2,500	1,875	1,250	3	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	69	點字板	1,000	750	500	10	不需評估	一、補助對象：第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) 二、評估規定：點字機(打字機)(項次 70)之使用須經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7)。 三、規格或功能規範：點字機(打字機)(項次 70)：具 6 點鍵以及空白、倒退、換行鍵，可調整邊界。 四、其他規定：應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	70	點字機(打字機)	32,000	24,000	16,000	7	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)5 歲以上。 (三)具點字辨識能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 2 點字摸讀評估表)。 三、規格或功能規範： (一)點字觸摸顯示器-20 方以下(項次 71)：14 方以上、20 方以下且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 (二)點字觸摸顯示器-20 方(含)以上(項次 72)：20 方(含)以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦、平板或智慧型手機等配備。 (二)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)及視障用螢幕報讀軟體(項次 75)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	71	點字觸摸顯示器-20 方以下	50,000	37,500	25,000	4	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)5 歲以上。 (三)具點字辨識能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 2 點字摸讀評估表)。 三、規格或功能規範： (一)點字觸摸顯示器-20 方以下(項次 71)：14 方以上、20 方以下且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 (二)點字觸摸顯示器-20 方(含)以上(項次 72)：20 方(含)以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦、平板或智慧型手機等配備。 (二)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)及視障用螢幕報讀軟體(項次 75)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	72	點字觸摸顯示器-20 方(含)以上	70,000	52,500	35,000	4	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)5 歲以上。 (三)具點字辨識能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 2 點字摸讀評估表)。 三、規格或功能規範： (一)點字觸摸顯示器-20 方以下(項次 71)：14 方以上、20 方以下且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 (二)點字觸摸顯示器-20 方(含)以上(項次 72)：20 方(含)以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦、平板或智慧型手機等配備。 (二)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)及視障用螢幕報讀軟體(項次 75)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	73	可攜式擴視機	40,000	30,000	20,000	4	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)申請者限指數視力(CF-15 公分)以上者(依診斷證明書或輔具評估報告書認定)。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號7及附件1功能性視覺評估表)。 三、規格或功能規範： (一)可攜式擴視機(項次 73)：無需於特定平台(桌面)上裝載設備使用，並可隨時便利攜帶外出使用，且產品本身已具備螢幕及鏡頭等設備使用，應符合下列所有規範： 1. 螢幕尺寸 4.3 英吋以上。 2. 色彩模式 3 組(黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上。 3. 支援放大及縮小功能且放大倍率為 6 倍以上。 4. 凍結或儲存畫面。 (二)桌上型擴視機(項次 74)：需於平台(桌面)上裝載設備以供操作，應符合下列所有規範： 1. 色彩模式 5 組(須含黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上。 2. 支援放大及縮小功能且放大倍率為 40 倍以上。 3. 可自動對焦及可切換自動手動對焦。 4. 具備書寫空間或閱讀平台距離鏡頭 20 公分以上。 5. 提供經評估所需其他功能配備(含亮度調整、對比調整、望遠、凍結或儲存、托盤、導引線或遮蔽視窗、定位指示、焦距鎖定、可旋轉鏡頭、一體成型且螢幕角度可調整、操作時語音提示功能、光學辨識將文字重新編排或語音輸出等)達任 6 項以上功能。 四、其他規定： (一)申請擴視機各項次(項次 73、74)，手機及平板非屬本項補助。 (二)申請桌上型擴視機(項次 74)，可攜式擴視機結合閱讀或書寫支架非屬本項補助。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	74	桌上型擴視機	75,000	56,250	37,500	6	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
溝通及 資訊輔 具-視覺 相關輔 具	75	視障用螢 幕報讀軟 體	12,000	9,000	6,000	4	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)5 歲以上。 (三)具電腦操作能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7)。 三、規格或功能規範：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援點字觸摸顯示器。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦基本配備。 (二)點字觸摸顯示器各項次(項次 71、72)及視障用螢幕報讀軟體(項次 75)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及 資訊輔 具-視覺 相關輔 具	76	視障用螢 幕放大軟 體	18,000	13,500	9,000	4	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)5 歲以上。 (三)限指數視力(CF-15 公分)以上者(依診斷證明書或輔具評估報告書認定)。 (四)具電腦操作能力。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7 及附件 1 功能性視覺評估表)。 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範： (一)至少 6 倍以上之螢幕放大功能。(二)滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇。 (三)螢幕顯示色相可作多模式切換，含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等。 (四)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦基本配備。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	77	語音手機-簡易型	2,000	1,500	1,000	3	不需評估	一、補助對象： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)申請語音手機-智慧型或平板(項次 78)者具操作語音報讀的觸控螢幕之能力。 二、評估規定：申請語音手機-智慧型或平板(項次 78)，經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 7)。 三、規格或功能規範： (一)語音手機-簡易型(項次 77)：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能。 (二)語音手機-智慧型或平板(項次 78)：語音手機-智慧型應含語音手機-簡易型(項次 77)所有規格，且透過觸控螢幕方式執行手機所有功能；平板須具文字調整與放大功能、相機功能、語音報讀，且透過觸控螢幕方式執行所有功能。 四、其他規定： (一)語音手機-簡易型、語音手機-智慧型或平板(項次 77、78)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-視覺相關輔具	78	語音手機-智慧型或平板	8,000	6,000	4,000	3	甲類 丁類 戊類	(一)語音手機-簡易型、語音手機-智慧型或平板(項次 77、78)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	79	傳真機	4,000	3,000	2,000	3	不需評估	一、補助對象：6 歲以上且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【04】；第三類：【b310】、【b320】、【b330】或【04】。(語言機能障礙者)

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	80	行動手機-簡易型	2,000	1,500	1,000	3	不需評估	(二)第二類：【b230】、【s260】或【02】。(聽覺機能障礙者) (三)申請行動手機-具雙向即時影像傳輸功能型(項次 81)者應符合上述障別之一，且具讀唇辨讀或手語表達之能力。 二、評估規定：申請行動手機-具雙向即時影像傳輸功能型(項次 81)，經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 8)。 三、規格或功能規範：行動手機-具雙向即時影像傳輸功能型(項次 81)於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能。 四、其他規定： (一)行動手機各項次(項次 80、81)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)傳真機(項次 79)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另行動手機各項次(項次 80、81)應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	81	行動手機-具雙向即時影像傳輸功能型	8,000	6,000	4,000	3	甲類 乙類 丙類 丁類	(一)行動手機各項次(項次 80、81)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)傳真機(項次 79)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另行動手機各項次(項次 80、81)應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	82	助聽器-簡易型	2,000	1,500	1,000	4	丙類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第二類：【b230】、【s260】或【02】。(聽覺機能障礙者) (二)第二類：【b210】、【s220】或【01】中度以上(中度以上視覺障礙者)，且聽力損失優耳大於 40dB HL。 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經聽力師出具輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 9)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 9)。
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	83	助聽器-中階型	10,000	7,500	5,000	4	丙類	三、規格或功能規範： (一)助聽器-簡易型(項次 82)：採類比方式或數位方式處理聲音訊號之助聽器。 (二)助聽器-中階型(項次 83)：採數位方式處理聲音訊號之助聽器，並符合下列所有規範：
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	84	助聽器-進階型	20,000	15,000	10,000	4	丙類	1. 具 6 個以上可單獨調整壓縮參數(壓縮閾值、壓縮比)之壓縮頻道，或採用同等效能之時域(time domain)數位訊號處理技術。 2. 多聆聽程式。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	85	助聽器-雙對側傳聲型	30,000	22,500	15,000	4	丙類	3. 具備至少 1 種自適應噪音消除 (adaptive noise reduction) 功能。 4. 配戴時可自動消除迴饋音。 (三)助聽器-進階型(項次 84)：應符合助聽器-中階型(項次 83)所有規格並符合下列所有規範： 1. 方(指)向性麥克風。 2. 具相容於無線傳輸系統。 (四)助聽器-雙對側傳聲型(項次 85)：本項 2 只設備元件為 1 組，應可搭配操作。1 只符合助聽器-進階型(項次 84)規格或功能之助聽器配戴於優耳，及另 1 只為無線收音麥克風設備，配戴於劣耳耳部(含耳掛型、耳內型或耳罩型)。 四、其他規定： (一)聽力損失認定基準為氣導聽力檢查頻率 500Hz、1,000Hz、2,000Hz 及 4,000Hz 之平均閾值。 (二)12 歲以下符合補助資格者得 2 年申請補助 1 次。 (三)18 歲以下兒童及青少年，或 25 歲以下仍在國內學校就學者(申請時須檢附學生證或在學證明影本)，申請助聽器-進階型、雙對側傳聲型(項次 84、85)時，補助金額無經濟別區分，以最高補助金額補助。 (四)初次身心障礙鑑定時已年滿 65 歲以上之輕度聽覺功能損傷者，申請助聽器-進階型(項次 84)，於最低使用年限內，低收入戶最高總補助金額新臺幣 20,000 元、中低收入戶最高總補助金額新臺幣 15,000 元、一般戶最高總補助金額新臺幣 10,000 元。 (五)同側助聽器各項次(項次 82 至 85)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)助聽器-簡易型、中階型、進階型(項次 82 至 84)補助單位為 1 只設備，若為 1 機體供雙耳使用之類型，以補助 1 只設備為限。 (七)助聽器-雙對側傳聲型(項次 85)補助單位為 1 組，視為雙耳補助。 (八)雙耳聽力損失經評估符合補助 2 只設備者，得同時或分別申請，均共計為補助 1 項次。 (九)已裝置人工電子耳之該耳不得申請。 (十)申請助聽器-中階型、進階型、雙對側傳聲型(項次 83 至 85)補助者應於助聽器配戴屆滿 1 個月後至 3 個月內，由符合評估規定之專業人員出具效益驗證報告(見輔具評估報告書格式編號 25)始予補助。 (十一)再度申請時，助聽器-簡易型(項次 82)不需評估。 (十二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具	86	電話擴音器	2,000	1,500	1,000	5	不需評估	一、補助對象：第二類：【b230】、【s260】或【02】。(聽覺機能障礙者) 二、規格或功能規範： (一)電話擴音器(項次 86):指電話之外接擴音器。 (二)電話閃光震動器(項次 87):屬於使用電話之附件，包含來電信息之連接單元和信號轉換器，可搭配原有標準型網路電話或行動網路之電話使用，依來電訊號而以閃光或震動方式提供信號指示。
溝通及資訊輔具-警示指示及信號輔具	87	電話閃光震動器	2,000	1,500	1,000	5	不需評估	(三)門鈴閃光器(項次 88):採用有線或無線訊號傳輸方式之視覺閃光信號指示器，可搭配原有門鈴系統裝設，或同時提供專屬門鈴開關裝置，可兼具聲音或震動信號指示功能。
溝通及資訊輔具-警示指示及信號輔具	88	門鈴閃光器	2,000	1,500	1,000	5	不需評估	(四)無線震動警示器(項次 89):採用無線訊號傳輸方式之震動信號指示器，可兼具視覺或聲音信號指示功能，應包含專屬事件信號發送裝置如按鍵開關或聲音偵測器等。
溝通及資訊輔具-警示指示及信號輔具	89	無線震動警示器	2,000	1,500	1,000	5	不需評估	(五)火警閃光警示器(項次 90):採用有線或無線訊號傳輸方式之環境警示輔具，以閃光方式呈現火災警報，可兼具聲音或震動警示功能。 三、其他規定： (一)以共同生活戶為補助單位，每戶各項次(項次 86 至 90)均僅得申請 1 台。 (二)申請無線震動警示器(項次 89)，各種電話使用輔具(如電話來電震動器)與各種時鐘及計時器輔具(如震動鬧鐘)非屬本項補助。
溝通及資訊輔具-警示指示及信號輔具	90	火警閃光警示器	2,000	1,500	1,000	5	不需評估	(三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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)、輔具供應商商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
溝通及 資訊輔 具-警示 指示及 信號輔 具	91	個人衛星 定位器	9,000	6,750	4,500	2	甲類 丁類	一、補助對象：有獨力外出之行動能力者，且有走失之虞並應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】或【11】。(自閉症者) (ICD 代碼：ICD-9：299.00、299.01。ICD-10：F84、F84.0。) (三)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】。(智能障礙者)(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (四)第一類：【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【12】。(慢性精神病患者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 11)。 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範或功能之 2 年服務保用及產品保固： (一)AGPS 之衛星定位。 (二)地點查詢服務。 (三)電池待機超過 72 小時。 (四)緊急求援功能。 四、其他規定：應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-發聲輔具	92	※人工講話器-氣動式	2,000	2,000	2,000	1	不需評估	一、補助對象：第三類：【b310】、【b320】、【b330】、【s320】、【s330】、【s340】或【04】。(聲音機能或語言機能障礙者) 二、評估規定：申請人工講話器-電動式(項次 93)限經醫師開立註明全喉切除或嚴重呼吸發聲功能障礙，無法透過手術重建改善發聲功能之診斷證明書，並經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 10)。
溝通及資訊輔具-發聲輔具	93	※人工講話器-電動式	20,000	20,000	20,000	5	乙類	三、其他規定： (一)人工講話器各項次(項次 92、93)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	94	溝通輔具-無語音輸出之圖卡或設備	5,000	3,750	2,500	4	乙類	一、補助對象：經評估使用溝通輔具對促進溝通理解和表達活動有幫助者，且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】。(智能障礙者)(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (三)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】或【11】。(自閉症者)(ICD 代碼：ICD-9：299.00、299.01。ICD-10：F84、F84.0。)
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	95	溝通輔具-低階固定版面型語音溝通器	7,000	5,250	3,500	4	乙類	(四)第一類：【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【04】；第三類：【b310】、【b320】、
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	96	溝通輔具-高階固定版面型語音溝通器	10,000	7,500	5,000	4	乙類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	97	溝通輔具-具掃描功能固定版面型語音溝通器	20,000	15,000	10,000	4	乙類	【b330】、【s320】、【s330】、【s340】或【04】。(聲音機能或語言機能障礙者) (五)第二類：【b230】、【s260】或【02】。(聽覺機能障礙者) (六)因身體功能及構造損傷(含腦性麻痺、腦傷、肌萎縮性脊髓側索硬化症、帕金森氏症、中風)造成言語溝通困難，且影響人際互動及社會參與者。 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經相關專科醫師開立診斷證明書及語言治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 12)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 12)。 三、規格或功能規範： (一)溝通輔具-無語音輸出之圖卡或設備(項次 94)：本項屬無語音輸出之圖卡，應包括至少 1,000 個溝通符號；或無語音輸出之設備，應包括至少 150 個溝通符號(如縮小物或部分物品、彩色照片、圖片)及所需之操作硬體。 (二)溝通輔具-低階固定版面型語音溝通器(項次 95)：應包括至少 200 個溝通符號及所需之操作硬體，可依使用者需求自行設計溝通內容，並具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能。 (三)溝通輔具-高階固定版面型語音溝通器(項次 96)：應包括至少 500 個溝通符號及所需之操作硬體，可依使用者需求自行設計溝通內容，至少可錄製 160 句語音，並具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能。 (四)溝通輔具-具掃描功能固定版面型語音溝通器(項次 97)：應包括至少 500 個溝通符號及所需之操作硬體，除具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能外，另須提供至少 1 種掃描功能及外接的特殊開關。 (五)溝通輔具-電腦使用語音溝通軟體(項次 98)：可安裝於電腦，支援 Windows 或 Mac OS 系統，軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，能提供情境溝通、語句溝通及文字溝通模式，並提供至少 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用，軟體須具掃描功能。 (六)溝通輔具-平板使用語音溝通軟體(項次 99)：可安裝於平板，軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，能提供語句溝通及文字溝
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	98	溝通輔具-電腦使用語音溝通軟體	20,000	15,000	10,000	4	乙類	
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	99	溝通輔具-平板使用語音溝通軟體	10,000	7,500	5,000	4	乙類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
溝通及資訊輔具-溝通相關輔具	100	溝通輔具-動態版面型語音溝通器	20,000	15,000	10,000	4	乙類	通模式，並提供至少 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用，軟體須具掃描功能。 (七)溝通輔具-動態版面型語音溝通器（項次 100）：本項屬液晶觸控專用型語音溝通器(平板)，其軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，能提供語句溝通及文字溝通模式，並提供至少 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用，軟體須具掃描功能。 四、其他規定： (一)15 歲以下符合補助資格者，申請溝通輔具-無語音輸出之圖卡或設備（項次 94）滿 1 年後，得申請溝通輔具其他項次（項次 95 至 100）；申請溝通輔具-無語音輸出之圖卡或設備、低階固定版面型語音溝通器、高階固定版面型語音溝通器、具掃描功能固定版面型語音溝通器（項次 94 至 97）得 2 年申請補助 1 次。 (二)申請溝通輔具-電腦使用語音溝通軟體、平板使用語音溝通軟體（項次 98、99）者，須具備個人可使用之電腦基本配備（含電腦主機、螢幕、鍵盤）或平板。 (三)依評估結果，溝通輔具-電腦使用語音溝通軟體、平板使用語音溝通軟體、動態版面型語音溝通器（項次 98 至 100）須搭配溝通或電腦輔具用特殊開關（項次 101）同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)依評估結果，溝通輔具各項次（項次 94 至 100）須搭配溝通或電腦輔具用支撐固定器（項次 108）同時申請時，視為補助 1 項次。 (五)溝通輔具各項次（項次 94 至 100）於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)申請溝通輔具-具掃描功能固定版面型語音溝通器、電腦使用語音溝通軟體、平板使用語音溝通軟體、動態版面型語音溝通器（項次 97 至 100）時，應於輔具評估報告書中檢附 3 個月以上的語言治療溝通訓練計畫或紀錄，以落實配置本項輔具之目的。 (七)應檢附輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。保固書並應載明產品規格（含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	101	溝通或電腦輔具用特殊開關	3,000	2,250	1,500	5	甲類 乙類 丁類	一、補助對象：應符合下列所有條件：（一）第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。（肢體障礙者） (二)溝通或電腦輔具使用者。 二、評估規定：應符合下列條件之一：（一）經相關專科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 12、13)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 12、13)。 三、規格或功能規範：透過無線配對或有線連接至溝通輔具，用於操作溝通器掃描功能；或連接至電腦輔具，用於操作電腦游標、滑鼠左右鍵或鍵盤按鍵功能。 四、其他規定： (一)依評估結果，溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)及電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器(項次 102)同時申請時，視為補助 1 項次。 (二)依評估結果，溝通輔具-電腦使用語音溝通軟體、平板使用語音溝通軟體、動態版面型語音溝通器(項次 98 至 100)須搭配溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	102	電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器	3,000	2,250	1,500	5	甲類 乙類 丁類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一) 第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (二)無法操作一般滑鼠或鍵盤者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 13)。 三、規格或功能規範：需支援以無線配對或有線連接方式配合特殊開關操作，執行滑鼠或鍵盤功能，應符合下列規範之一： (一)滑鼠：按左鍵 1 次、按右鍵 1 次、按左鍵 2 次或拖曳等任一功能。(二)鍵盤：Space、Ctrl、Shift、數字鍵、英文字母、上下左右鍵或複合鍵等任一功能。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦基本配備(包括電腦主機、螢幕、鍵盤)。 (二)依評估結果，溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)及電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器(項

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								次 102)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器(項次 102)同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	103	電腦輔具-替代性滑鼠或鍵盤介面	8,000	6,000	4,000	5	甲類 乙類 丁類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (二)無法操作一般滑鼠或鍵盤者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 13)。 三、規格或功能規範：應符合下列規範之一： (一)替代性滑鼠：應符合下列所有規格： 1. 須支援連結特殊開關使用。 2. 可透過軌跡球、搖桿、觸控板、按鍵、滑輪等其他方式控制電腦游標。 3. 可透過本身內建按鍵、支援連結特殊開關或滑鼠之按鍵功能模擬軟體，執行下列每種功能：按左鍵 1 次、按右鍵 1 次、按左鍵 2 次及拖曳功能。 (二)替代性鍵盤：可透過支援的軟體設定自行排列組合按鍵位置或自行定義按鍵功能，或可外接開關操作。 (三)滑鼠功能模擬軟體及螢幕鍵盤軟體：應符合下列所有規格： 1. 須支援替代性滑鼠操作。 2. 滑鼠功能模擬軟體指具有電腦游標或按鍵功能(按左鍵 1 次、按右鍵 1 次、按左鍵 2 次及拖曳每種功能)之軟體。 3. 螢幕鍵盤軟體指透過軟體設定可自行定義鍵盤之按鍵位置或功能、組合鍵功能或鍵盤掃描功能之軟體。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦基本配備(包括電腦主機、螢幕、鍵盤)。 (二)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)同時申請時，視為補助 1 項次。 (三)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器(項次 102)同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用支撐固定器

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								(項次 108)同時申請時，視為補助 1 項次。 (五)電腦輔具各項次(項次 103 至 107)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	104	電腦輔具-嘴控滑鼠	30,000	22,500	15,000	5	甲類 乙類 丁類	一、補助對象： (一)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上(重度以上肢體障礙者)，且因四肢癱瘓以致無法操作一般滑鼠功能者。 (二)申請電腦輔具-眼控滑鼠(項次 107)者，經評估後確定電腦輔具其他項次(項次 103 至 106)無法使用，並能以穩定眼球動作操作滑鼠者，同時具有基本認知功能，如辨識符號、圖片等，始得申請。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	105	電腦輔具-紅外線貼片感應滑鼠	35,000	26,250	17,500	5	甲類 乙類 丁類	二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 13)。 三、規格或功能規範： (一)電腦輔具-嘴控滑鼠(項次 104)：可用嘴唇以壓力棒感測壓力控制電腦游標及執行滑鼠左鍵、右鍵及拖曳功能；或用嘴控搖桿方式控制電腦游標移動，並以吹氣及吸氣方式執行滑鼠左鍵、右鍵及拖曳功能。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	106	電腦輔具-陀螺儀動作感應滑鼠	35,000	26,250	17,500	5	甲類 乙類 丁類	(二)電腦輔具-紅外線貼片感應滑鼠(項次 105)：可用移動身體部位或五官動作來操控紅外線偵測之反光貼片，以控制電腦游標並可執行滑鼠左鍵、右鍵及拖曳功能。 (三)電腦輔具-陀螺儀動作感應滑鼠(項次 106)：可自主選擇穿戴於頭部或四肢之裝置，利用陀螺儀偵測肢體動作以控制電腦游標，透過無線傳輸方式，藉自身內建軟體，以執行滑鼠左鍵、右鍵及拖曳功能，且具備可連接特殊開關之插槽；本項裝置應支援無需進行配對之隨插即用功能。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	107	電腦輔具-眼控滑鼠	70,000	52,500	35,000	5	甲類 乙類 丁類	(四)電腦輔具-眼控滑鼠(項次 107)：可用追蹤瞳孔相對位置來控制電腦游標並可執行滑鼠左鍵、右鍵及拖曳功能；且須提供眼控校正與訓練軟體。 四、其他規定： (一)申請者須具備個人可使用之電腦基本配備(包括電腦主機、螢幕、鍵盤)。 (二)依評估結果，電腦輔具各項次(103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用特殊開關(項次 101)同時申請時，視為補助 1 項次。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								(三)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配電腦輔具用滑鼠鍵盤模擬器(項次 102)同時申請時，視為補助 1 項次。 (四)依評估結果，電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用支撐固定器(項次 108)同時申請時，視為補助 1 項次。 (五)電腦輔具各項次(項次 103 至 107)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊輔具-電腦輔具	108	溝通或電腦輔具用支撐固定器	5,000	3,750	2,500	5	甲類 乙類 丁類	一、補助對象：應符合溝通或電腦輔具之補助對象者。 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經相關專科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 14)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 14)。 三、規格或功能規範：透過可固定於輪椅、桌上、床架上之夾具或可移動及固定於地面上的附輪底座，以具 3 個以上可調角度並可固定關節之系統，支撐並固定溝通輔具、筆記型(或平板)電腦或電腦輔具之各式聯結器，前述可調角度之關節其中至少 2 個可各做 270 度角度旋轉調整，且最少承重 2 公斤以上。 四、其他規定： (一)依評估結果，溝通輔具各項次(項次 94 至 100)或電腦輔具各項次(項次 103 至 107)須搭配溝通或電腦輔具用支撐固定器(項次 108)同時申請時，視為補助 1 項次。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
身體、生理及生化試驗設備及材料	109	語音血壓計	2,000	1,500	1,000	3	不需評估	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)具獨立操作能力。 二、其他規定： (一)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
身體、肌力及平衡訓練輔具	110	※直立式站立架(限居家使用)	15,000	15,000	15,000	5	甲類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】(智能障礙者)，且無獨立站立能力者。(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 15)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 15)。 三、規格或功能規範：應具尺寸及各項支撐配件之調整功能，且符合下列各項規範： (一)直立式站立架(項次 110)：須提供固定綁帶及下列配件或功能至少 3 項： 1. 桌板。 2. 胸部側支撐墊。 3. 骨盆側支撐墊。 4. 兩側膝部支撐配件可獨立調整。 5. 足部固定配件。 (二)前臥式站立架(項次 111)：須為可無段或多段調整前臥角度之站立架，並須提供固定綁帶、桌板及下列配件或功能至少 3 項：
身體、肌力及平衡訓練輔具	111	※前臥式站立架(限居家使用)	18,000	18,000	18,000	5	甲類	1. 胸部側支撐墊。 2. 骨盆側支撐墊。 3. 膝部分隔支撐墊。 4. 足部固定配件。 (三)後仰式站立架或傾斜床(項次 112、113)：須為可無段或多段調整後仰角度之站立架或傾斜床；手動調整型指手動方式調整後仰角度，電動調整型指電動方式調整後仰角度。並須提供固定綁帶及下列配件至少 3 項： 1. 頭部側支撐墊。 2. 胸部側支撐墊。 3. 骨盆側支撐墊。 4. 兩側膝部可分開固定。
身體、肌力及平衡訓練輔具	112	※後仰式站立架或傾斜床-手動調整型(限居家使用)	20,000	20,000	20,000	5	甲類	
身體、肌力及平衡訓練輔具	113	※後仰式站立架或傾斜床-電動調整型(限居家使用)	25,000	25,000	25,000	5	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								5. 足部固定配件。 6. 踝關節角度可調整功能。 7. 手部抓握桿或支撐桌面。 四、其他規定： (一)本項補助限居家使用。 (二)各式站立架、傾斜床(項次 110 至 113)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
預防壓瘡輔具	114	※連通管氣囊輪椅座墊-基礎型	5,000	5,000	5,000	2	甲類	一、補助對象：輪椅使用者，且符合下列條件之一： (一)下半身皮膚感覺或運動機能喪失，容易產生壓傷(褥瘡)者。 (二)於坐姿相關受壓處已發生壓傷(褥瘡)者。 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 16)。 三、規格或功能規範：座墊覆套須具延展性，且應符合下列各項規範： (一)連通管氣囊輪椅座墊-基礎型(項次 114)：氣囊數量 20 顆以上，且氣囊高度 2 英吋(或 5 公分)以上，並具有壓力調節的功能。 (二)連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型(項次 115)：橡膠材質，氣囊數量 20 顆以上，且氣囊高度 2 英吋(或 5 公分)以上，並具有壓力調節的功能。
預防壓瘡輔具	115	※連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型	8,000	8,000	8,000	3	甲類	(三)連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型(項次 116)：橡膠材質，氣囊數量 20 顆以上，且氣囊高度 2 英吋(或 5 公分)以上，並具有切換全區連通及分區壓力調節的功能。 (四)液態凝膠輪椅座墊(項次 117)：應符合下列所有規格：
預防壓瘡輔具	116	※連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型	11,000	11,000	11,000	3	甲類	1. 凝膠覆蓋面積不得小於座面 1/2。 2. 凝膠厚度應達 2 英吋(或 5 公分)以上；若凝膠厚度不足 2 英吋(或 5 公分)，則須大於 1 英吋(或 2.5 公分)，且搭配適形泡棉底座。 (五)固態凝膠輪椅座墊(項次 118)：應符合下列所有規格：
預防壓瘡輔具	117	※液態凝膠輪椅座墊	8,000	8,000	8,000	2	甲類	1. 凝膠覆蓋面積不得小於座面 1/2。 2. 凝膠厚度應達 1 英吋(或 2.5 公分)以上，且搭配適形泡棉底座。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
預防壓瘡輔具	118	※固態凝膠輪椅座墊	8,000	8,000	8,000	5	甲類	3.凝膠應為連續性覆蓋材質。 (六)填充式氣囊輪椅座墊(項次 119):其高度須大於 2 英吋(或 5 公分),且填充式氣囊填充體積不得小於座墊 2/3,並具有 4 區塊以上分區壓力調節的功能。 (七)客製化適型泡棉輪椅座墊(項次 120):應符合下列所有規格: 1.以座面適形提供臀部及大腿內、外側支撐設計,並可利用配件或訂製方式分區設定座面支撐度。 2.厚度:坐骨受壓處應具 4 公分以上之適形泡棉。 3.含 2 種以上不同密度之複合式泡棉設計。 4.各層密度:60 公斤/立方公尺以上。 四、其他規定: (一)輪椅座墊各項次(項次 114 至 120)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)申請固態凝膠輪椅座墊(項次 118),凝膠為簍空結構設計非屬本項補助。 (三)申請客製化適型泡棉輪椅座墊(項次 120),材質為聚合泡棉非屬本項補助。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
預防壓瘡輔具	119	※填充式氣囊輪椅座墊	10,000	10,000	10,000	5	甲類	
預防壓瘡輔具	120	※客製化適形泡棉輪椅座墊	8,000	8,000	8,000	3	甲類	
預防壓瘡輔具	121	※氣墊床-基礎型(限居家使用)	10,000	10,000	10,000	3	甲類	一、補助對象:應符合下列條件之一: (一)肢體癱瘓無法翻身且無法自行坐起者。 (二)於臥姿相關受壓處皮膚已有壓傷(褥瘡)者。 二、評估規定:應符合下列條件之一: (一)經醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 17)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 17)。 三、規格或功能規範:應具預防壓傷(褥瘡)及減輕壓傷(褥瘡)症狀之效果,覆套須具延展性及防水功能。須提供保固 3 年,並應符合下列各項規範: (一)氣墊床-基礎型(項次 121):應符合下列所有規格: 1.應含 18 管以上具可交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組。 2.管狀氣囊之管徑 4 英吋(或 10 公分)以上,並含有異常壓力警示及可暫停交替之開
預防壓瘡輔具	122	※氣墊床-進階型(限居家使用)	14,000	14,000	14,000	3	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								關。 3. 管狀氣囊之材質：「PU 聚氨酯(Polyurethane)」或「PU 聚氨酯(Polyurethane)+尼龍(Nylon)」。 4. 管狀氣囊之壓力流量每分鐘 4 公升(4L/Min)以上。 5. 配有 C.P.R. 快速洩氣閥。 (二)氣墊床-進階型(項次 122)：應符合氣墊床-基礎型(項次 121)所有規格，及停電時須維持 4 小時以上之不觸底管狀氣囊之壓力保留功能(指具獨立氣室或可持續供電之內建電池)，並具備 1 種以上之下列功能： 1. 具有模擬 30 度之翻身功能，管狀氣囊為 2 層管，並有側邊護欄安全設計。 2. 管狀氣囊周邊加裝利於坐姿移位之邊框。 3. 具有壓力感應之數位幫浦啟停控制系統。 4. 管狀氣囊總高度達 8 英吋(或 20 公分)以上。 四、其他規定： (一)限居家使用者申請。 (二)氣墊床各項次(項次 121、122)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
住家家具及改裝組件	123	居家用照顧床(限居家使用)	9,000	6,750	4,500	5	甲類	一、補助對象：肢體功能受限而翻身或坐起困難者。 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 17)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 17)。 三、規格或功能規範： (一)居家用照顧床(項次 123)：須具獨立床架，床板含靠背段、坐段、大腿段和小腿段 4 片以上之設計及側面護欄，且床板靠背段及腿段具抬升之功能。
住家家具及改裝組件	124	居家用照顧床附加功能-床板靠背段及腿段獨立抬升功能(電動調整)(限居家使用)	3,000	2,250	1,500	5	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
住家家具及改裝組件	125	居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)(限居家使用)	4,000	3,000	2,000	5	甲類	(二)居家用照顧床附加功能-床板靠背段及腿段獨立抬升功能(電動調整)(項次 124):具電動獨立調整床板靠背段及腿段之抬升功能。 (三)居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)(項次 125):手動方式調整床板之高度升降功能。 (四)居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整)(項次 126):電動方式調整床板之高度升降功能。 (五)居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整)(項次 127):電動方式調整床板之高度升降功能,且升降行程 30 公分以上。
住家家具及改裝組件	126	居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整)(限居家使用)	6,000	4,500	3,000	5	甲類	四、其他規定: (一)限居家使用者申請。 (二)依評估結果,居家用照顧床(項次 123)須搭配居家用照顧床附加功能各項次(項次 124 至 127)同時申請時,視為補助 1 項次,不得僅申請居家用照顧床附加功能各項次(項次 124 至 127)。
住家家具及改裝組件	127	居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整)(限居家使用)	9,000	6,750	4,500	5	甲類	(三)居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)、床板高度調整功能(電動調整)、床板高度調整功能(高升降行程電動調整)(項次 125 至 127)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)居家用照顧床(項次 123)及居家用照顧床附加功能各項次(項次 124 至 127)同時申請應視為輔具整體,核銷時得提供輔具整體購買金額,無須細列各補助項目購買金額。 (五)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號,或檢附符合國家標準之居家用照顧床(CNS 15521)或其他具等同性質國際標準之性能規格要求證明及其他必要資訊。
住家家具及改裝組件	128	擺位椅-基礎型	4,000	3,000	2,000	3	甲類	一、補助對象:應符合下列所有條件: (一)第七類:【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】中度以上。(中度以上肢體障礙者) (二)12 歲以下。
住家家具及改裝組件	129	擺位椅-調整型	8,000	6,000	4,000	3	甲類	二、評估規定:應符合下列條件之一: (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書,並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
住家家具及改裝組件	130	擺位椅-進階調整型	15,000	11,250	7,500	5	甲類	評估報告書格式編號 18)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 18)。 三、規格或功能規範： (一)擺位椅-調整型(項次 129):應具有 2 項以上座椅參數調整功能，並有 2 項以上擺位配件。 (二)擺位椅-進階調整型(項次 130):應含桌板，且應具有 5 項以上座椅參數調整功能，並有 3 項以上擺位配件。 (三)前述座椅參數調整功能指透過座椅本體之機械結構調整相關功能，包括：座深、座寬、座高、踏板高度、座面角度、座背靠角度、扶手高度、頭靠位置。 (四)前述擺位配件包括：骨盆帶、胸帶、腿帶、側支撐墊、分腿墊、膝前擋板、頭靠。 四、其他規定： (一)擺位椅各項次(項次 128 至 130)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
住家家具及改裝組件	131	升降桌(限居家使用)	6,000	4,500	3,000	5	甲類 丁類	一、補助對象：第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者) 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 18)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 18)。 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範： (一)具有 20 公分以上之桌面高度調整功能。 (二)桌面尺寸深度應大於 60 公分、寬度大於 100 公分，底部空間須可容輪椅進入。 四、其他規定： (一)限居家使用者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表所定本項輔具之規格或功能規

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
住家家 具及改 裝組件	132	居家無障 礙輔具- 爬梯機	80,000	60,000	40,000	10	甲類 丁類	一、補助對象：無法自行上下樓梯者，且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 19)。 三、規格或功能規範：動力方式操作之履帶式或輪動撐桿式爬梯機。 四、其他規定： (一)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (二)居家無障礙輔具-爬梯機、居家無障礙修繕-軌道式樓梯升降機、居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台(項次 132 至 134)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
住家家 具及改 裝組件	133	居家無障 礙修繕- 軌道式樓 梯升降機	80,000	60,000	40,000	10	甲類 丁類	一、補助對象：無法自行上下樓梯者，須居住於設籍縣市且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 19)。 三、規格或功能規範：包含座椅型或平台型。 四、其他規定： (一)居家無障礙改善公共空間不補助。 (二)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (三)居家無障礙輔具-爬梯機、居家無障礙修

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								繕-軌道式樓梯升降機、居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台(項次 132 至 134)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)應符合國家標準之行動不便者用動力操作升降平台—安全、尺度及功能性操作之規則—第 2 部：坐式、立式及輪椅使用者在傾斜面移動使用之動力式樓梯升降機 (CNS 15830-2)或其他具等同性國際標準之性能規格要求。 (五)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。 (六)應檢附相關證明文件(含施工前後照片、改善項目及規格說明)及房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本(非自有房屋者，須附租賃契約書影本，房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本及屋主出具之施工同意書)，補助單位得審查其施作及核銷內容是否與輔具評估報告書吻合。
住家家具及改裝組件	134	居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台	80,000	60,000	40,000	10	甲類 丁類	一、補助對象：無法自行上下樓梯者，須居住於設籍縣市且應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 19)。 三、規格或功能規範：須固定設置，且其升降行程需大於 60 公分，小於 400 公分。平台兩側須含擋護、護欄或其他保護設置，出入口須依規定有安全折板、欄杆、門或其他保護設置及連接地面之斜坡。 四、其他規定： (一)居家無障礙改善公共空間不補助。 (二)以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請 1 台。 (三)居家無障礙輔具-爬梯機、居家無障礙修繕-軌道式樓梯升降機、居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台(項次 132 至 134)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)應符合國家標準之行動不便者用動力操作升降平台—安全、尺度及功能性操作之規則

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								一第1部：垂直升降平台(CNS 15830-1)或其他具等同性國際標準之性能規格要求。 (五)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。 (六)應檢附相關證明文件(含施工前後照片、改善項目及規格說明)及房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本(非自有房屋者，須附租賃契約書影本，房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本及屋主出具之施工同意書)，補助單位得審查其施作及核銷內容是否與輔具評估報告書吻合。
住家家具及改裝組件	135	居家無障礙修繕-門簡易型(單處)	7,000	5,250	3,500	10	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應居住於設籍縣市並符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】(智能障礙者)，且具有行動功能障礙。(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (四)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (五)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (六)第四類：【b410】、【b415】、【b430】或【07】；第四類：【b440】、【s430】或【07】；第五類：【b510】、【s530】、【s540】、【s560】或【07】；第六類：【b610】、【b620】、【s610】或【07】。(重要器官失去功能者)，且具有行動功能障礙。 (七)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具
住家家具及改裝組件	136	居家無障礙修繕-門進階型(單處)	10,000	7,500	5,000	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	137	居家無障礙修繕-固定式扶手(每10公分)	160	120	80	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	138	居家無障礙修繕-可動式扶手(單支)	3,600	2,700	1,800	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	139	居家無障礙修繕-截水槽(單處)	6,000	4,500	3,000	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	140	居家無障礙修繕-改善高低差10公分以下(單處)	3,500	2,625	1,750	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	141	居家無障礙修繕-改善高低差20公分以下(單處)	5,000	3,750	2,500	10	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
住家家 具及改 裝組件	142	居家無障 礙修繕-改 善高低差 30 公分以 下(單處)	7,000	5,250	3,500	10	甲類 丁類 戊類	服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)到宅進行環境及使用需求之評估，並開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 19)。 三、規格或功能規範： (一)「門」之工程分成門簡易型、門進階型(項次 135、136)，且應符合下列各項規範： 1. 門簡易型(項次 135)：為改變門片類型或增設門片(含裝設軌道)。 2. 門進階型(項次 136)：含門框施工之門加寬、加高、新增、調整位置等任 1 項或 1 項以上之壁面施工工程(此補助包含門片增設)。 (二)「固定式扶手」與「可動式扶手」(項次 137、138)扶手形狀可為圓形、橢圓形，圓形直徑 2.8 公分至 4 公分，其他形狀者，外緣周邊長 9 公分至 13 公分，且應符合下列規範： 1. 固定式扶手(項次 137)：須鎖固於牆面、天花板或地面。 2. 可動式扶手(項次 138)：基座須鎖固於牆面，並具可動關節。 (三)「截水槽」(項次 139)：施工長度需達 60 公分以上，含面蓋及施工費。 (四)「改善高低差」(項次 140 至 143)：門檻或兩側地面的高低落差改善，如：門檻降低、門檻順平、門檻剔除、地軌移除、固定式斜坡道、架高式和式地板拆除、新增平台或階梯…等施作工法。改善高低差分成 10 公分以下、20 公分以下、30 公分以下、超過 30 公分，且應符合下列各項規範： 1. 10 公分以下(項次 140)：高度 10 公分以下之高低差改善工程。 2. 20 公分以下(項次 141)：高度超過 10 公分且 20 公分以下之高低差改善工程。 3. 30 公分以下(項次 142)：高度超過 20 公分且 30 公分以下之高低差改善之工程。 4. 超過 30 公分(項次 143)：高度超過 30 公分之高低差改善工程。 (五)「水龍頭」(項次 144)：指新增或改換為撥桿式、單閥式或電子感應式。 (六)「防滑地磚」(項次 145)：包含原地磚移除或地面整平，及裝設防滑地磚，單處施作區域至少 1 平方公尺以上。 (七)「改善浴缸」(項次 146)：新增或改換指新增或改換為開門式浴缸。 (八)「馬桶背靠」(項次 149)：兼具平整及耐壓性，支撐面積至少為 500 平方公分，且須鎖固於牆面。 (九)「改善流理台」(項次 150)：於可靠近之邊緣 20 公分範圍內，至少須有高度 65 公分
住家家 具及改 裝組件	143	居家無障 礙修繕-改 善高低差 超過 30 公 分(單處)	10,000	7,500	5,000	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	144	居家無障 礙修繕-水 龍頭(單 處)(新 增、改換)	3,000	2,250	1,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	145	居家無障 礙修繕-防 滑地磚(單 處)	6,000	4,500	3,000	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	146	居家無障 礙修繕-改 善浴缸(單 處)(新 增、改換、 移除-含原 處填補)	7,000	5,250	3,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	147	居家無障 礙修繕-改 善洗臉台 (槽)(單 處)(新 增、改換、 移除-含原 處填補)	3,000	2,250	1,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	148	居家無障 礙修繕-改 善馬桶(單 處)(新 增、改換、 移除-含原 處填補)	5,000	3,750	2,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	149	居家無障 礙修繕-馬 桶背靠(單 處)	2,000	1,500	1,000	10	甲類 丁類 戊類	
住家家 具及改 裝組件	150	居家無障 礙修繕-改 善流理台 (單處)(新	15,000	11,250	7,500	10	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
		增、改換)						以上之腿部淨空間。
住家家具及改裝組件	151	居家無障礙修繕-改善抽油煙機(單處)(位置調整)	1,000	750	500	10	甲類 丁類 戊類	(十)「隔間」(項次 152): 新增固定於地面之牆面。 (十一)「壁掛式淋浴台」(項次 153): 以施工方式附掛於壁面, 作為淋浴用途之身體支撐平台, 包含座椅或平躺型式。 四、其他規定: (一)居家無障礙改善公共空間不補助。
住家家具及改裝組件	152	居家無障礙修繕-隔間(每平方公尺)(新增)	800	600	400	10	甲類 丁類 戊類	(二)居家無障礙改善不包含尚未完成裝修的毛胚屋。 (三)居家無障礙修繕項目, 一般使用損壞更換或汰舊換新不予補助。 (四)同一扇門之門簡易型、門進階型 (項次 135、136)於最低使用年限內僅能擇一申請, 且僅移除門片或增設浴廁乾溼分離的門非屬本項補助。
住家家具及改裝組件	153	居家無障礙修繕-壁掛式淋浴台(單處)	5,000	3,750	2,500	10	甲類 丁類 戊類	(五)固定式扶手(項次 137)針對提供握持部位之長度每 10 公分補助新臺幣 160 元。 (六)改善洗臉台(槽)(項次 147)未包含水龍頭(項次 144)。 (七)改善馬桶(項次 148)若同一處因馬桶改換位置而新增或遷移糞管, 可申請同處 2 個補助; 僅更換免治馬桶座蓋非屬本項補助。 (八)隔間(項次 152)以牆面每平方公尺補助新臺幣 800 元。 (九)居家無障礙改善(含修繕項次 135 至 153 及輔具項次 154 至 162)全戶最高總補助金額: 低收入戶最高總補助新臺幣 60,000 元, 中低收入戶最高總補助新臺幣 45,000 元, 一般戶最高總補助新臺幣 30,000 元。戶內身心障礙人數每增加 1 人, 全戶最高總補助金額上限按上列基準增加 30%, 但全戶最高總補助金額不得逾上開基準 1.5 倍。 (十)戶內有新增身心障礙人口時, 於左列年限內曾申請之項目仍得再度申請, 全戶最高總補助金額比照 (九)之基準。 (十一)每次申請居家無障礙改善(含修繕項次 135 至 153 及輔具項次 154 至 162)之各項目併計為 1 項次之輔具補助。 (十二)居家無障礙修繕各項次(項次 135 至 153)於最低使用年限內同一改善處不可重複申請。 (十三)各項均以共同生活戶為補助單位, 且以主要居住處 1 處為原則。 (十四)應檢附相關證明文件(含施工前後照片、改善項目及規格說明)及房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本(非自有房屋者, 須附租賃契約書影本, 房屋所有權狀、建物謄本或其他房屋所有證明之文件影本及屋主出具之施工同意書), 補助單位得審查其施作及核銷內容是否與輔具評估報告書

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收 入戶	一般戶			
								吻合。
住家家具及改裝組件	154	居家無障礙輔具-門檻斜角(單側)	1,000	750	500	10	甲類 丁類 戊類	一、補助對象：應居住於設籍縣市並符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】(智能障礙者)，且具行動功能障礙。(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (四)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (五)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (六)第四類：【b410】、【b415】、【b430】或【07】；第四類：【b440】、【s430】或【07】；第五類：【b510】、【s530】、【s540】、【s560】或【07】；第六類：【b610】、【b620】、【s610】或【07】。(重要器官失去功能者)，且具行動功能障礙。 (七)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者)
住家家具及改裝組件	155	居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(未達 90 公分)	3,500	2,625	1,750	10	甲類 丁類 戊類	二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)到宅進行環境及使用需求之評估，並開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 19)。 三、規格或功能規範： (一)「門檻斜角」(項次 154)：改善高度 10 公分以下之門檻等高低落差處，所使用的斜坡磚、斜坡塊、訂製導坡等。 (二)「非固定式斜坡板」(項次 155 至 158)：包含軌道式、單體式斜坡板，且應符合下列所有規範：
住家家具及改裝組件	156	居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(90 公分以上)	5,000	3,750	2,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	157	居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(120 公分以上)	7,000	5,250	3,500	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	158	居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(150 公分以上)	10,000	7,500	5,000	10	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
住家家具及改裝組件	159	居家無障礙輔具-防滑措施(單處)	2,000	1,500	1,000	3	甲類 丁類 戊類	1. 可任意移動之輕量化材質斜坡板，分成未達 90 公分、90 公分以上、120 公分以上、150 公分以上，應符合下列各項規格： (1)未達 90 公分(項次 155)：具攜帶功能，長度未達 90 公分之斜坡板。 (2)90 公分以上(項次 156)：具可收折及攜帶功能，長度 90 公分以上。 (3)120 公分以上(項次 157)：具可收折及攜帶功能，長度 120 公分以上。 (4)150 公分以上(項次 158)：具可收折及攜帶功能，長度 150 公分以上。 2. 軌道式斜坡板荷重能力須達 200 公斤以上，單體式斜坡板(含單片式、收折式)荷重能力須達 300 公斤以上，若單體式斜坡板長度小於 70 公分，荷重能力須達 200 公斤以上。 3. 軌道式斜坡板通行面之寬度不得小於 11 公分，單片式斜坡板及收折式斜坡板展開後通行面寬度不得小於 60 公分，非固定式斜坡板 90 公分以上、120 公分以上、150 公分以上須有 2 公分以上側板(護緣)。 (三)「防滑措施」(項次 159)：指防滑貼片、防滑貼條、防滑地墊、防滑劑(液)等。 (四)「馬桶扶手」(項次 161)：固定於馬桶基座或置放於馬桶周邊，提供雙手穩定支撐之裝置。 (五)「床邊扶手」(項次 162)：置放於床板、床架或床旁地面，提供穩定支撐之裝置。 四、其他規定： (一)居家無障礙改善公共空間不補助。 (二)居家無障礙改善不包含尚未完成裝修的毛胚屋。 (三)跨門檻斜角單件產品(項次 154)若同時處理門檻兩側，則視為兩側補助。 (四)非固定式斜坡板各項次(項次 155 至 158)若處理門檻兩側高低差，則可申請單處 2 個補助。 (五)門檻斜角、非固定式斜坡板各項次(項次 154 至 158)，於改善門檻等高低落差處，同一側於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)居家無障礙改善(含修繕項次 135 至 153 及輔具項次 154 至 162)全戶最高總補助金額：低收入戶最高總補助新臺幣 60,000 元，中低收入戶最高總補助新臺幣 45,000 元，一般戶最高總補助新臺幣 30,000 元。戶內身心障礙人數每增加 1 人，全戶最高總補助金額上限按上列基準增加 30%，但全戶最高總補助金額不得逾上開基準 1.5 倍。 (七)戶內有新增身心障礙人口時，於左列年限內曾申請之項目仍得再度申請，全戶最高總補助金額比照(六)之基準。 (八)每次申請居家無障礙改善(含修繕項次
住家家具及改裝組件	160	居家無障礙輔具-反光貼條或消光處理(單處)	2,000	1,500	1,000	3	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	161	居家無障礙輔具-馬桶扶手(單處)	900	675	450	10	甲類 丁類 戊類	
住家家具及改裝組件	162	居家無障礙輔具-床邊扶手(單處)	1,000	750	500	10	甲類 丁類 戊類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								135 至 153 項次及輔具項次 154 至 162)之各項目併計為 1 項次之輔具補助。 (九)居家無障礙輔具各項次(項次 154 至 162)於最低使用年限內同一改善處不可重複申請。 (十)各項均以共同生活戶為補助單位，且以主要居住處 1 處為原則。 (十一)應檢附相關證明文件(含改善前後照片、改善項目及規格說明)。申請非固定式斜坡板各項次、馬桶扶手、床邊扶手(項次 155 至 158、161、162)，上述輔具應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人照顧及保護輔具	163	移動式身體清洗槽-局部型	1,200	900	600	3	甲類 丁類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.4】或【09】。(植物人) (二)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】。(失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (三)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (四)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者)
個人照顧及保護輔具	164	移動式身體清洗槽-全身型	5,000	3,750	2,500	3	甲類 丁類	二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 4)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 4)。 三、規格或功能規範：須內建排水裝置，且應符合下列各項規範： (一)移動式身體清洗槽-局部型(項次 163)：深度達 15 公分以上。 (二)移動式身體清洗槽-全身型(項次 164)：深度達 25 公分以上，且槽體面積須包覆全身

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								(含折疊型產品或以床欄為支架之產品)。 四、其他規定：應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人照顧及保護輔具	165	頭護具	600	450	300	2	不需評估	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110.1】或【14】。[頑性(難治型)癲癇症] (二)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b160】、【b164】、【b16700】、【b16710】、【b16701】、【b16711】或【06】。(智能障礙者)(ICD 代碼：ICD-9：317、318.0、318.1、318.2、319。ICD-10：F70、F71、F72、F73、F78、F79。) (三)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (四)張力低、平衡功能損傷或常發生癲癇之障礙者。 二、規格或功能規範：具保護頭部安全之功能，以防護日常活動跌倒時的頭部撞擊。 三、其他規定：申請頭護具(項次 165)，自行車及機車安全帽非屬本項補助。
個人照顧及保護輔具	166	馬桶增高器	800	600	400	3	不需評估	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b110】、【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】(失智症者)，且具行動不便者。(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第二類：【b235】或【03】。(平衡機能障礙者) (三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) 二、規格或功能規範： (一)沐浴椅及便盆椅(項次 167、168)：須有背靠，背靠須具平整性及耐壓性；若非為附輪型，須具有止滑腳墊及座高調整功能。 (二)沐浴椅或便盆椅附加功能-附輪(項次 169)：須有 2 輪以上鎖固功能，並配備骨盆帶。 三、其他規定： (一)依評估結果，沐浴椅、便盆椅(項次 167、
個人照顧及保護輔具	167	沐浴椅(一般型)	900	675	450	3	不需評估	
個人照顧及保護輔具	168	便盆椅(一般型)	1,200	900	600	3	不需評估	
個人照顧及保護輔具	169	沐浴椅或便盆椅附加功能-附輪	1,000	750	500	3	不需評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								168)須搭配沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)同時申請時,視為補助 1 項次,不得僅申請沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)。 (二)申請沐浴椅及便盆椅(項次 167、168),以馬桶蓋或連桿替代背靠非屬本項補助。 (三)沐浴椅、便盆椅(項次 167、168)及沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)同時申請應視為輔具整體,核銷時得提供輔具整體購買金額,無須細列各補助項目購買金額。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人照顧及保護輔具	170	沐浴椅或便盆椅附加功能-具利於移位之扶手	1,000	750	500	3	甲類	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第一類：【b117】、【b122】、【b140】、【b144】、【b147】、【b152】、【b160】、【b164】或【10】重度以上。(重度以上失智症者)(ICD 代碼：ICD-9：290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、294.0、294.10、294.11、331.0、331.1。ICD-10：F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03、F03.9、F03.90、F03.91、F04、F05、G30.0、G30.1、G30.8、G30.9、G31.0、G31.09。) (二)第二類：【b235】或【03】重度以上。(重度以上平衡機能障礙者)
個人照顧及保護輔具	171	沐浴椅或便盆椅附加功能-具仰躺功能	1,500	1,125	750	3	甲類	(三)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】重度以上。(重度以上肢體障礙者)；無法以下肢承重轉位者，得申請沐浴椅或便盆椅附加功能-具利於移位之扶手(項次 170)，不受障礙等級重度以上之限制。 二、評估規定：應符合下列條件之一： (一)經復健科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 4)。
個人照顧及保護輔具	172	沐浴椅或便盆椅附加功能-具空中傾倒功能	3,500	2,625	1,750	3	甲類	(二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 4)。 三、規格或功能規範： (一)沐浴椅或便盆椅附加功能-具利於移位之扶手(項次 170)：扶手可拆、掀或下沉以利於移位。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								(二)沐浴椅或便盆椅附加功能-具仰躺功能(項次 171):仰躺範圍須達 30 度以上,且具有頭頸支撐功能,及配備胸帶。 (三)沐浴椅或便盆椅附加功能-具空中傾倒功能(項次 172):空中傾倒範圍須達 20 度以上,且具有頭頸支撐功能,及配備胸帶。 四、其他規定: (一)依評估結果,沐浴椅、便盆椅(項次 167、168)須搭配沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)同時申請時,視為補助 1 項次,不得僅申請沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)。 (二)沐浴椅、便盆椅(項次 167、168)及沐浴椅或便盆椅附加功能各項次(項次 169 至 172)同時申請應視為輔具整體,核銷時得提供輔具整體購買金額,無須細列各補助項目購買金額。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
個人照顧及保護輔具	173	語音體溫計	1,800	1,350	900	3	不需評估	一、補助對象:應符合下列所有條件: (一)第二類:【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)具獨立操作能力。 二、其他規定:
個人照顧及保護輔具	174	語音體重計	1,000	750	500	3	不需評估	(一)以共同生活戶為補助單位,每戶各項次(項次 173、174)均僅得申請 1 台。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另語音體溫計(項次 173)應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
個人照顧及保護輔具	175	衣著用輔具(限居家使用)	500	375	250	3	不需評估	一、補助對象:身心障礙者。 二、規格或功能規範: (一)衣著用輔具(項次 175):指可協助穿著之穿衣桿、穿鞋器、穿襪器、具易穿脫功能之衣物鞋等相關項目。
居家生活相關輔具	176	飲食用輔具(限居家使用)	500	375	250	3	不需評估	(二)飲食用輔具(項次 176):指可協助飲食之特殊刀、叉、湯匙、筷子、杯盤等相關項目。 (三)居家用輔具(項次 177):指有助於居家活動之烹調用具、衣物處理、清洗與沐浴、視障用凸點定位標籤、語音遙控器等相關項目。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
居家生活相關輔具	177	居家用輔具(限居家使用)	500	375	250	3	不需評估	(四)物品裝置與處理輔具(項次 178):指長柄取物鉗、防滑墊、特殊門把、開瓶罐器、特製開關等相關項目。 (五)藥品處理輔具(項次 179):指具有可記憶 4 組以上時間設定,並具視覺、聽覺或震動等主動提醒功能,且藥品置放格數至少 4 格以上之藥盒或藥袋、輔助手部功能或吞嚥機能損傷者之備藥與服用藥品裝置等相關項目。 三、其他規定: (一)限居家使用者申請。 (二)上列各項次(項次 175 至 179)補助金額為單件輔具補助額度上限。 (三)上列各項次(項次 175 至 179),每項次於最低使用年限內申請至多補助 4 件,最高補助金額按左列基準 4 倍計算。 (四)同項次內多件輔具同時申請時,視為補助 1 項次。 (五)每人於最低使用年限內申請上列各項次(項次 175 至 179)補助,總計件數為 10 件。
居家生活相關輔具	178	物品裝置與處理輔具(限居家使用)	500	375	250	3	不需評估	
居家生活相關輔具	179	藥品處理輔具(限居家使用)	500	375	250	3	不需評估	
矯具及義具	180	※部分手義肢	10,000	10,000	10,000	2	甲類	一、補助對象:應符合下列所有條件: (一)第七類:【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (二)18 歲以上。 (三)申請部分足義肢-功能型(項次 193),須為全部腳趾截除之截肢者。 二、評估規定:應符合下列規定之一: (一)經身心障礙鑑定醫療機構之復健科、骨科之專科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書,並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求(輔具評估報告書格式編號 20、21)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 20、21)。 三、規格或功能規範: (一)部分手義肢(項次 180):針對截肢部位量製並具有彌補缺損及修飾外觀之功能。 (二)腕離斷義肢(項次 181、182):分成美觀型、功能型,且應符合下列各項規範: 1. 美觀型(項次 181):具彌補缺損並修飾外觀之功能。 2. 功能型(項次 182):具可操控以抓取物品或可執行活動需求之功能,須含手部裝置。
矯具及義具	181	※腕離斷義肢-美觀型	14,000	14,000	14,000	4	甲類	
矯具及義具	182	※腕離斷義肢-功能型	42,000	42,000	42,000	4	甲類	
矯具及義具	183	※肘下義肢-美觀型	35,000	35,000	35,000	4	甲類	
矯具及義具	184	※肘下義肢-功能型	45,000	45,000	45,000	4	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
矯具及義具	185	※肘離斷義肢-美觀型	55,000	55,000	55,000	4	甲類	(三)肘下義肢(項次 183、184):分成美觀型、功能型,且應符合下列各項規範: 1.美觀型(項次 183):具彌補缺損並修飾外觀之功能,須含腕關節與美觀手套。 2.功能型(項次 184):具可操控以抓取物品或可執行活動需求之功能,須含腕關節與手部裝置。 (四)肘離斷義肢、肘上義肢(項次 185 至 188):分成美觀型、功能型,且應符合下列各項規範: 1.美觀型(項次 185、187):具彌補缺損並修飾外觀之功能,須含肘關節、腕關節及美觀手套。 2.功能型(項次 186、188):具可操控以抓取物品或可執行活動需求之功能,須含肘關節、腕關節及手部裝置。 (五)肩離斷義肢(項次 189、190):分成美觀型、功能型,且應符合下列各項規範: 1.美觀型(項次 189):具彌補缺損並修飾外觀之功能,須含肘關節、腕關節及美觀手套。 2.功能型(項次 190):具可操控以抓取物品或可執行活動需求之功能,須含肘關節、腕關節及手部裝置。 (六)肩胛骨離斷義肢(項次 191):具彌補缺損功能,可為美觀或功能型式,須含肩關節、肘關節、腕關節及手部裝置或美觀手套。 (七)部分足義肢(項次 192、193):針對截肢部位取模量製並具有彌補缺損之功能,分成基礎型、功能型,且應符合下列各項規範: 1.基礎型(項次 192):須填補鞋內缺損空間並具可分散足底壓力設計之訂製鞋墊。 2.功能型(項次 193):除填補鞋內缺損空間外,另須具分散足底壓力及協助動作穩定或行走推進等功能設計,包含義肢足套型式(需具腳趾外觀)、特製鞋型式或內含碳纖足板製作型式等。 (八)踝離斷義肢(項次 194):具協助行走或移位功能。 (九)膝下義肢(項次 195):協助行走或移位功能,須含義肢腳掌組。 (十)膝離斷義肢(項次 196):具協助行走或移位功能,須含膝關節及義肢腳掌組。 (十一)膝上義肢(項次 197):具協助行走或移位功能,須含膝關節及義肢腳掌組。 (十二)髖離斷義肢(項次 198):具協助行走或移位功能,須含髖關節、膝關節及義肢腳掌組。 (十三)半骨盆切除義肢(項次 199):具協助行走或移位功能,須含髖關節、膝關節及義肢腳
矯具及義具	186	※肘離斷義肢-功能型	65,000	65,000	65,000	4	甲類	
矯具及義具	187	※肘上義肢-美觀型	55,000	55,000	55,000	4	甲類	
矯具及義具	188	※肘上義肢-功能型	65,000	65,000	65,000	4	甲類	
矯具及義具	189	※肩離斷義肢-美觀型	65,000	65,000	65,000	4	甲類	
矯具及義具	190	※肩離斷義肢-功能型	75,000	75,000	75,000	4	甲類	
矯具及義具	191	※肩胛骨離斷義肢	70,000	70,000	70,000	4	甲類	
矯具及義具	192	※部分足義肢-基礎型	7,000	7,000	7,000	2	甲類	
矯具及義具	193	※部分足義肢-功能型	15,000	15,000	15,000	2	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
矯具及義具	194	※踝離斷義肢	40,000	40,000	40,000	6	甲類	掌組。 (十四)義肢組件更換-義肢手套(項次 200)：使用在功能型上肢義肢之手部裝置如機械手掌或肌電義手之外層美觀手套，或美觀型上肢義肢之美觀手套，須具膚色、紋路等修飾外觀之功能。 (十五)義肢組件更換-手部裝置(項次 201)：功能型上肢義肢用以抓取或夾取物品之手部裝置，如功能手鉤、機械手掌或肌電義手等。 (十六)義肢組件更換-義肢腳套(項次 202)：義肢腳掌組所使用之可更換腳套，須具修飾外觀之功能。 (十七)義肢組件更換-義肢腳掌組(項次 203、204)：分成基礎型、進階型，且應符合下列各項規範： 1. 基礎型(項次 203)：固定式腳掌或具單軸可活動設計之義肢腳掌組。 2. 進階型(項次 204)：具多軸可活動設計或其主骨架具協助行走推進力量之義肢腳掌組。 (十八)義肢組件更換-膝關節(項次 205)：具單軸或多中心軸設計，可協助動作穩定或義肢擺動之膝關節。 (十九)義肢組件更換-髖關節(項次 206)：具單軸或多中心軸設計，可協助動作穩定或義肢擺動之髖關節。 (二十)義肢組件更換-硬式承筒或凝膠軟套(項次 207、208)、硬式承筒(項次 209)：硬式承筒指以高溫熱塑(成型溫度大於攝氏160度)或熱固材質製作，能包覆斷肢並作為主要支撐功能之義肢承筒；凝膠軟套指以矽膠、乳膠或PU聚氨基酯(Polyurethane)等柔軟材質為內層，外層加上布料或纖維等織物所製成，並具有懸吊功能之義肢軟套。 (二一)義肢組件更換-美觀泡棉(項次 210 至 212)：使用於內骨骼式義肢之外觀裝飾用泡棉，須具包覆義肢組件及修飾外觀之功能。 四、其他規定： (一)應先依全民健康保險相關規定申請給付(18歲以下者得每2年給付1次)，並達本表所定之最低使用年限後，因需要而製作者始得申請本項補助。 (二)同一截肢部位義肢整組重製(項次 180 至 199)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)同一截肢部位義肢整組重製(項次 180 至 199)及義肢組件更換(項次 200 至 212)不可同時申請。 (四)同一截肢部位義肢組件更換之各補助項目同時申請時，視為補助1項次。
矯具及義具	195	※膝下義肢	40,000	40,000	40,000	6	甲類	
矯具及義具	196	※膝離斷義肢	60,000	60,000	60,000	7	甲類	
矯具及義具	197	※膝上義肢	60,000	60,000	60,000	7	甲類	
矯具及義具	198	※髖離斷義肢	70,000	70,000	70,000	7	甲類	
矯具及義具	199	※半骨盆切除義肢	70,000	70,000	70,000	7	甲類	
矯具及義具	200	※義肢組件更換-義肢手套	8,000	8,000	8,000	2	不需評估	
矯具及義具	201	※義肢組件更換-手部裝置	10,000	10,000	10,000	2	不需評估	
矯具及義具	202	※義肢組件更換-義肢腳套	4,500	4,500	4,500	2	不需評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
矯具及義具	203	※義肢組件更換-義肢腳掌組(基礎型)	4,500	4,500	4,500	2	不需評估	(五)義肢組件更換-義肢手套、手部裝置、義肢腳套、凝膠軟套各項次、美觀泡棉各項次(項次 200 至 202、207、208、210 至 212)應於新製義肢滿 2 年後，始得申請更換，更換滿 1 年後且其義肢達規定之最低使用年限後始得申請重製義肢。 (六)義肢組件更換-義肢腳掌組各項次、硬式承筒各項次(項次 203、204、207 至 209)應於新製義肢滿 2 年後，始得申請更換，更換滿 2 年後且其義肢達規定之最低使用年限後始得申請重製義肢。 (七)義肢組件更換-膝關節、髖關節(項次 205、206)應於新製義肢滿 3 年後始得申請更換，更換滿 3 年後且其義肢達規定之最低使用年限後始得申請重製義肢。 (八)義肢組件更換-義肢腳套、義肢腳掌組各項次(項次 202 至 204)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (九)申請部分足義肢-功能型(項次 193)採用特製鞋型式製作補助者，於最低使用年限內不得再申請下肢矯具配件-鞋具各項次、量身訂製特製鞋各項次(項次 218、219、226 至 229)。 (十)踝離斷或膝下義肢使用者，每 6 年度之義肢整組重製及義肢組件更換(項次 194、202 至 204、207、210；項次 195、202 至 204、207、210)最高總補助金額為新臺幣 62,000 元；視實際需求總額運用，且應符合各項規定，並每 6 年度至少接受 1 次輔具評估。 (十一)膝離斷或膝上義肢使用者，每 7 年度之義肢整組重製及義肢組件更換(項次 196、202 至 205、208、211；項次 197、202 至 205、208、211)最高總補助金額為新臺幣 104,000 元；視實際需求總額運用，且應符合各項規定，並每 7 年度至少接受 1 次輔具評估。 (十二)髖離斷或半骨盆切除義肢使用者，每 7 年度之義肢整組重製及義肢組件更換(項次 198、202 至 206、209、212；項次 199、202 至 206、209、212)最高總補助金額為新臺幣 124,000 元；視實際需求總額運用，且應符合各項規定，並每 7 年度至少接受 1 次輔具評估。 (十三)義肢整組重製及義肢組件更換(項次 180 至 212)得依實際需求同時申請雙側補助時，最高補助金額按左列基準 2 倍計算，並視為補助 1 項次。 (十四)申請義肢整組重製及義肢組件更換，包含上肢義肢之肩關節、肘關節及手部裝置(項
矯具及義具	204	※義肢組件更換-義肢腳掌組(進階型)	8,000	8,000	8,000	2	不需評估	
矯具及義具	205	※義肢組件更換-膝關節	15,000	15,000	15,000	3	不需評估	
矯具及義具	206	※義肢組件更換-髖關節	10,000	10,000	10,000	3	不需評估	
矯具及義具	207	※義肢組件更換(踝離斷或膝下義肢)-硬式承筒或凝膠軟套	10,000	10,000	10,000	2	不需評估	
矯具及義具	208	※義肢組件更換(膝離斷或膝上義肢)-硬式承筒或凝膠軟套	15,000	15,000	15,000	2	不需評估	
矯具及義具	209	※義肢組件更換(髖離斷或半骨盆切除義肢)-硬式承筒	15,000	15,000	15,000	2	不需評估	
矯具及義具	210	※義肢組件更換(踝離斷或膝下義肢)-美觀	4,000	4,000	4,000	2	不需評估	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
		泡棉						次 182、184 至 191、201)，下肢義肢之髖關節、膝關節及義肢腳掌組(項次 195 至 199、203 至 206)，核銷時須檢附各組件序號。
矯具及義具	211	※義肢組件更換(膝離斷或膝上義肢)-美觀泡棉	6,000	6,000	6,000	2	不需評估	(十五)申請義肢整組重製(項次 180 至 199)核銷時，須檢附未包覆美觀泡棉時之整組新製義肢照片；申請義肢組件更換(項次 200 至 212)核銷時，須檢附新舊組件的照片，以供查驗。
矯具及義具	212	※義肢組件更換(髖離斷或半骨盆切除義肢)-美觀泡棉	6,000	6,000	6,000	2	不需評估	(十六)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊；其中下肢義肢之許可證須為醫療器材主分類：0 物理醫學科用裝置，醫療器材次分類：0.3500 體外組裝下肢義肢，或經醫療器材主管機關認可之下肢義肢組裝單位(如醫院)。
矯具及義具	213	※踝足矯具-踝上矯具型	3,000	3,000	3,000	3	甲類	一、補助對象： (一)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】。(肢體障礙者) (二)申請脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架(項次 225)者，其年齡須為 25 歲以下，另限制脊柱側彎診斷為 20 度以上。
矯具及義具	214	※踝足矯具-固定型或金屬支架型	3,500	3,500	3,500	3	甲類	二、評估規定：應符合下列規定之一： (一)經身心障礙鑑定醫療機構之復健科、骨科或神經科之專科醫師開立診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求及加註製作部位(輔具評估報告書格式編號 22、23)。
矯具及義具	215	※踝足矯具-關節型	4,000	4,000	4,000	3	甲類	(二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 22、23)。申請脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架(項次 225)者，評估時須提供放射影像或出示經骨科、復健科專科醫師根據放射影像開立註明脊柱側彎角度之診斷證明書佐證。
矯具及義具	216	※膝踝足矯具	10,000	10,000	10,000	3	甲類	三、規格或功能規範： (一)踝足矯具(項次 213 至 215)：可對踝及足部提供協助，外型須跨越踝關節及包含足部支撐，製作材質須具支撐性，不得僅為彈性帶或布料等樣式，分成踝上矯具型、固定型或金屬支架型、關節型，且應符合下列各項規範：
矯具及義具	217	※髖膝踝足矯具	12,000	12,000	12,000	3	甲類	1. 踝上矯具型(項次 213)：為高溫熱塑(成型

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
矯具及 義具	218	※下肢矯 具配件- 鞋具(托 足鞋型)	1,500	1,500	1,500	3	甲類	溫度大於攝氏 160 度)或熱固材質經取模製作。 2. 固定型或金屬支架型(項次 214): 固定型為高溫熱塑(成型溫度大於攝氏 160 度)或熱固材質製作, 須包含小腿固定帶或脛骨前支撐; 金屬支架型為金屬材質製作, 須含具支撐功能之金屬立柱。 3. 關節型(項次 215): 為高溫熱塑(成型溫度大於攝氏 160 度)或熱固材質製作, 須含活動踝關節組件。 (二)膝踝足矯具(項次 216): 應符合下列所有規範: 1. 須為高溫熱塑(成型溫度大於攝氏 160 度)或熱固材質取模製作, 或為金屬材質製作, 且上述均含具支撐功能之金屬立柱及膝關節。 2. 可對膝、踝及足部提供協助, 外型須跨越膝及踝關節並包含足部支撐。 (三)髌膝踝足矯具(項次 217): 應符合下列所有規範: 1. 須為高溫熱塑(成型溫度大於攝氏 160 度)或熱固材質取模製作, 或為金屬材質製作, 且上述均含具支撐功能之金屬立柱、髌及膝關節。 2. 可對髌、膝、踝及足部提供協助, 外型須跨越髌、膝及踝關節並包含足部支撐。 (四)下肢矯具配件-鞋具(項次 218、219): 須與具支撐功能之金屬立柱的矯具固定連結, 分成托足鞋型、皮鞋型, 且應符合下列各項規範: 1. 托足鞋型(項次 218): 為完整包覆足跟之托足鞋(小包鞋)樣式, 不得僅為托足板。 2. 皮鞋型(項次 219): 為完整包覆足部之皮鞋樣式, 具止滑鞋底可直接使用於室外行走。 (五)肘矯具(項次 220): 可對肘部提供關節角度固定之功能, 須內含硬式金屬條及固定帶。 (六)膝矯具(項次 221): 可對膝部提供關節角度固定及支撐功能, 須內含硬式金屬條及固定帶。 (七)髌矯具(項次 222): 具限制髌關節內收動作或屈曲活動角度之功能, 須內含金屬條及固定帶。 (八)脊柱矯具-支持性背架(項次 223、224): 可限制軀幹動作並提供脊柱支撐及保護之功能, 分成基礎型、量身訂製型, 且應符合下列各項規範: 1. 基礎型(項次 223): 應含金屬立柱、硬式胸或背支撐及硬式骨盆或腹部支撐之背架, 或具硬式支撐之騎士、泰勒型式的熱塑材質背架, 上述皆具限制軀幹動作之設計, 不得僅為彈性帶或束腹等樣式。 2. 量身訂製型(項次 224): 須於軀幹取模, 並
矯具及 義具	219	※下肢矯 具配件- 鞋具(皮 鞋型)	4,000	4,000	4,000	3	甲類	
矯具及 義具	220	※肘矯具	1,000	1,000	1,000	3	甲類	
矯具及 義具	221	※膝矯具	1,500	1,500	1,500	3	甲類	
矯具及 義具	222	※髌矯具	6,000	6,000	6,000	5	甲類	
矯具及 義具	223	※脊柱矯 具-支持 性背架 (基礎型)	4,000	4,000	4,000	5	甲類	
矯具及 義具	224	※脊柱矯 具-支持 性背架 (量身訂 製型)	10,000	10,000	10,000	5	甲類	
矯具及 義具	225	※脊柱矯 具-脊柱 側彎矯正 背架	15,000	15,000	15,000	5	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								以熱塑材質量身訂製。 (九)脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架(項次 225)：根據 3 點壓力原理對軀幹及側彎角度的頂點給予施壓並可限制或減少側彎角度之功能，須於軀幹(含骨盆)取模量身訂製。 四、其他規定： (一)經全民健康保險給付之矯具，不予補助。 (二)踝足矯具各項次、膝踝足矯具、髌膝踝足矯具、下肢矯具配件-鞋具各項次、脊柱矯具-支持性背架各項次、脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架(項次 213 至 219、223 至 225)，18 歲以下經評估確有更換之需求者，得 1 年申請補助 1 次。 (三)肘矯具、膝矯具、髌矯具(項次 220 至 222)，18 歲以下經評估確有更換之需求者，得 2 年申請補助 1 次。 (四)同一肢體涵蓋踝足部位之矯具各項次(項次 213 至 217)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (五)同一肢體涵蓋膝部位之矯具各項次(項次 216、217、221)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (六)同一肢體涵蓋髌部位之矯具各項次(項次 217、222)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (七)下肢矯具配件-鞋具各項次(項次 218、219)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (八)脊柱矯具-支持性背架各項次、脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架(項次 223 至 225)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (九)依評估結果，踝足矯具-固定型或金屬支架型、膝踝足矯具、髌膝踝足矯具(項次 214、216、217)須搭配下肢矯具配件-鞋具各項次(項次 218、219)同時申請時，視為補助 1 項次。 (十)下肢矯具配件-鞋具(皮鞋型)(項次 219)補助單位為 1 雙。 (十一)申請下肢矯具配件-鞋具各項次(項次 218、219)補助者，於最低使用年限內不得再申請部分足義肢-功能型採用特製鞋型式製作、量身訂製特製鞋各項次(項次 193、226 至 229)。 (十二)踝足矯具各項次、膝踝足矯具、髌膝踝足矯具、下肢矯具配件-鞋具(托足鞋型)、肘矯具、膝矯具、髌矯具(項次 213 至 218、220 至 222)，依實際需求同時申請雙側補助時，最高補助金額按左列基準 2 倍計算，並視為補助 1 項次。 (十三)申請核銷時須檢附矯具產品照片與穿著矯具之照片以供查驗。 (十四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
矯具及義具	226	量身訂製特製鞋- 楦頭修改(單腳)	5,000	3,750	2,500	2	甲類	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第七類：【b710a】、【b710b】、【b730a】、【b730b】、【b735】、【b765】、【s730】、【s750】、【s760】或【05】(肢體障礙者)，且經輔具輔助下能獨立步行者。 (二)先天性或後天疾病造成足部關節構造明顯異常者，若無法判定足部關節構造明顯異常者，須出示經骨科、復健科或免疫風濕專科醫師根據放射影像開立構造型足關節嚴重變形之診斷證明書。 (三)市售鞋款無法滿足其合腳需求，而須量腳或取模製作者。 二、評估規定：符合下列條件之一： (一)經骨科、復健科或免疫風濕專科醫師根據放射影像開立構造型足關節嚴重變形(非單純之扁平足)之診斷證明書及相關專業治療師出具輔具評估報告書，並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求並註明製作部位(輔具評估報告書格式編號 24)。 (二)經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號 24)。 三、規格或功能規範： (一)量身訂製特製鞋-楦頭修改(項次 226、227)：依據個別需求以制式楦頭加以修改或舊有開楦楦頭製作之方式。 (二)量身訂製特製鞋-新製開楦(項次 228、229)：依據個別需求以取模獨立開發新楦頭製作。 四、其他規定： (一)經全民健康保險給付部分，不予補助。 (二)14 歲以下符合補助資格者得 1 年申請補助 1 次。 (三)同側量身訂製特製鞋-楦頭修改(單腳)、新製開楦(單腳)(項次 226、228)於最低使用年限內僅能擇一申請；量身訂製特製鞋-楦頭修改(雙腳)、新製開楦(雙腳)(項次 227、229)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (四)本項補助金額包含雙腳鞋具。 (五)申請量身訂製特製鞋各項次(項次 226 至 229)補助者，於最低使用年限內不得再申請部分足義肢-功能型採用特製鞋型式製作、下肢矯具配件-鞋具各項次(項次 193、218、219)。
矯具及義具	227	量身訂製特製鞋- 楦頭修改(雙腳)	6,000	4,500	3,000	2	甲類	
矯具及義具	228	量身訂製特製鞋- 新製開楦(單腳)	12,000	9,000	6,000	2	甲類	
矯具及義具	229	量身訂製特製鞋- 新製開楦(雙腳)	18,000	13,500	9,000	2	甲類	

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								(六)申請量身訂製特製鞋-新製開楦各項次(項次 228、229)，核銷時須檢附取模過程、楦頭製作、以楦頭開版、鞋面製作及訂製鞋成品等照片各 1 張以供查驗。 (七)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
矯具及義具	230	透明壓力面膜-不含矽膠內層	16,000	12,000	8,000	1	依醫師診斷	一、補助對象：第八類：【b810】、【s810】或【08】。(顏面損傷者) 二、評估規定：經整形外科或復健科等相關專科醫師出具診斷證明書，並於診斷證明書載明本項輔具需求。 三、規格或功能規範： (一)透明壓力面膜-不含矽膠內層(項次 230)：須為個別化取模製作，服貼臉部曲線。 (二)透明壓力面膜-含矽膠內層(項次 231)：須為個別化取模製作，服貼臉部曲線，內層披覆矽膠材質。 四、其他規定： (一)第 1 次申請後 2 年內再度申請者，得免附醫師診斷證明書。2 年後仍有需求者，須檢附 3 個月內開立之診斷證明書始得申請。 (二)透明壓力面膜各項次(項次 230、231)於最低使用年限內僅能擇一申請。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
矯具及義具	231	透明壓力面膜-含矽膠內層	18,000	13,500	9,000	1	依醫師診斷	
矯具及義具	232	假髮	20,000	15,000	10,000	4	依醫師診斷	一、補助對象：應符合下列所有條件： (一)第八類：【b810】、【s810】或【08】。(顏面損傷者) (二)因燒傷或外傷造成頭皮缺損而使頭髮無法重新生長者。 二、評估規定：經整型外科或皮膚科等相關專科醫師出具診斷證明書，並於診斷證明書載明本項輔具需求。 三、規格或功能規範：須為全部真髮，採手工植髮方式織造，帽材須選用透氣材料，髮帽應符合使用者頭型。 四、其他規定： (一)每次至多可申請 2 件，最高補助金額按左列基準 2 倍計算，並視為補助 1 項次。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								品規格(含本表所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
矯具及義具	233	※義眼	10,000	10,000	10,000	5	依醫師診斷	一、補助對象：應符合下列條件之一： (一)第二類：【b210】、【s220】或【01】。(視覺障礙者) (二)第八類：【b810】、【s810】或【08】。(顏面損傷者) (三)小耳症患者。 二、評估規定：經整型外科、眼科、耳鼻喉科或口腔外科等相關專科醫師診斷，並於診斷證明書載明本項輔具需求者。 三、規格或功能規範： (一)須為可接觸人體之矽膠或壓克力、樹脂等材質製作，且外觀須自然並模擬實體之形狀及色澤。 (二)義眼(項次 233)：指義眼或義眼片。 (三)混和義臉-人造眼窩(項次 239)：應包含義眼、眼瞼、睫毛、眼窩週邊組織等部位。 四、其他規定： (一)同時申請雙側補助時(項次 233、235、238、239)，最高補助金額按左列基準 2 倍計算，並視為補助 1 項次。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
矯具及義具	234	義鼻	13,000	9,750	6,500	3	依醫師診斷	
矯具及義具	235	義耳	16,000	12,000	8,000	3	依醫師診斷	
矯具及義具	236	義顎	29,000	21,750	14,500	3	依醫師診斷	
矯具及義具	237	混和義臉-人造額片	13,000	9,750	6,500	3	依醫師診斷	
矯具及義具	238	混和義臉-人造頰片	13,000	9,750	6,500	3	依醫師診斷	
矯具及義具	239	混和義臉-人造眼窩	30,000	22,500	15,000	3	依醫師診斷	
其他	240	人工電子耳	600,000	450,000	300,000	終身一次	乙類 丙類 併同 相關 專業 團隊	一、補助對象：18 歲以上、未滿 65 歲，有口語能力(言語可懂度分級 speech intelligibility rating, SIR 3 分以上)且個人未曾接受全民健康保險人工電子耳給付者之優耳聽力劣於 90dB HL，且符合下列所有條件： (一)感覺神經性聽力障礙病史在 5 年以內，或感覺神經性聽力障礙病史超過 5 年且持續配戴助聽器者；如因成效不佳中斷配戴助聽器，中斷期間不得超過 5 年。 (二)如屬先天性聽覺機能障礙者，經電腦斷層或核磁共振攝影確定至少具有 1 圈完整耳蝸存在且無其他手術禁忌者。 二、評估規定：經耳鼻喉科醫師開立診斷證明書及聽力師、語言治療師、社工師組成之評估團隊(如有必要時加上精神科醫師、心理師)出具輔具評估報告書及術後聽能語言復健計畫書(輔具評估報告書格式編號 26)。

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低使用年限	評估人員	補助相關規定
			低收入戶	中低收入戶	一般戶			
								三、規格或功能規範：應含包括接收及刺激器及能對聽覺神經提供多頻刺激的電極系列，並經手術植入耳蝸內之植入部份及包括傳輸線圈、接收聲音之麥克風、言語處理器之外置配件。 四、其他規定： (一)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。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
其他	241	人工電子耳語言處理設備更新	200,000	150,000	100,000	10	不需評估	一、補助對象：裝置人工電子耳之聽覺機能障礙者，其原裝置之人工電子耳語言處理設備機型因原廠停產致無法繼續使用者。 二、其他規定： (一)曾依本辦法或健保獲人工電子耳補助者滿 5 年後始得申請；非獲上開補助者於接受人工電子耳手術滿 5 年後始得申請，首次申請時須檢附醫師開立註明人工電子耳植入日期之診斷證明，第 2 次之後申請可免附。 (二)申請時應由輔具供應商出具原裝置之人工電子耳處理設備機型因原廠停產致無法繼續使用之證明，並註明廠牌及更新前之型號、序號。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本表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)、至少 10 年之保修起迄日期、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應提供有效日期內中央主管機關醫療器材許可證字號及其他必要資訊。
其他	242	人工電子耳配件	10,000	7,500	5,000	2	不需評估	一、補助對象：裝置人工電子耳之聽覺機能障礙者，其原裝置之人工電子耳配件損耗致無法繼續使用者。 二、其他規定： (一)曾依本辦法或健保獲人工電子耳補助者滿 3 年後始得申請；非獲上開補助者於接受人工電子耳手術滿 3 年後始得申請，首次申請時須檢附醫師開立註明人工電子耳植入日期之診斷證明，第 2 次之後申請可免附。 (二)12 歲以下符合補助資格者得 1 年申請補助 1 次。 (三)補助項目包括長線、短線、線圈、磁鐵、

分類	項次	補助項目	最高補助金額(元)			最低 使用 年限	評估 人員	補助相關規定
			低收入 戶	中低收入 戶	一般戶			
								麥克風、耳勾、充電式電池、電池匣及其他必要配件。 (四)各項配件項目同時提出申請視為補助 1 項次。 (五)申請時得由輔具供應商出具原裝置之人工電子耳配件損耗致無法繼續使用之證明。核銷時須詳列所須更換之配件名稱與數量。
附註： 一、本附表之「補助項目」前加註「※」者，低收入戶、中低收入戶、一般戶均可接受「最高補助金額」之全額補助。 二、補助款之撥發，須按本辦法第三條規定之最高補助金額為上限，並以實際購買金額為限。 三、「輔具評估人員」之資格，依身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法之規定。 四、申請人申請補助項目屬醫療器材且自國外購置者，應依特定醫療器材專案核准製造及輸入辦法規定提出個人自用之申請。申請人申請撥付款項除提供購買或付費憑證、保固書之外，應檢附衛生福利部食品藥物管理署專案核准同意個人自用文件。								