

臺南市社會局辦理身心障礙者輔助器具補助標準表

金額單位：新臺幣元

| 性質 | 輔助器具類別 | 低收入戶最高補助金額(元) | 非低收入戶最高補助金額(元) | 最低使用年限(年) | 補助對象 | |
|-------------|----------|---------------|----------------|---|---|---|
| 生活輔助類 | 點字機(打字機) | 三二、〇〇〇 | 一六、〇〇〇 | 七 | 一、視障者或具視障之多重障礙者。 二、收錄音機或隨身聽一般型極具數位錄音功能型僅能擇一申請。 三、視障用手錶點字型及語音型僅能擇一申請。 | |
| | 點字板 | 一、八〇〇 | 九〇〇 | 十 | | |
| | 收錄音機或隨身聽 | 一般型 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | | 五 |
| | | 具數位錄音功能型 | 五、〇〇〇 | 二、五〇〇 | | 五 |
| | 視障用手錶 | 點字型 | 六、〇〇〇 | 三、〇〇〇 | | 五 |
| | | 語音型 | 六〇〇 | 三〇〇 | | 三 |
| | 視障用白手杖 | 七〇〇 | 三五〇 | 二 | | |
| | 放大鏡 | 五〇〇 | 二五〇 | 五 | | |
| | 弱視特製眼鏡 | 六、〇〇〇 | 三、〇〇〇 | 四 | | |
| | 望遠鏡 | 四、〇〇〇 | 二、〇〇〇 | 五 | | |
| | 語音溫度計 | 六〇〇 | 三〇〇 | 五 | | |
| | 語音血壓計 | 四、〇〇〇 | 二、〇〇〇 | 五 | | |
| | 語音體重計 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 五 | | |
| | 輪椅 | 五、〇〇〇 | 二、五〇〇 | 三 | | 一、肢障者或平衡障礙者。 二、具肢障或平衡障礙之多重障礙者。 三、申請特製三輪機車及改裝者，應先具有特製三輪機車駕照。 四、機車倒退輔助器限騎乘特製三輪機車或輪椅直上式機車者。 |
| | 拐杖 | 不鏽鋼製 | 一、〇〇〇 | 五〇〇 | 五 | |
| | | 鋁製 | 五〇〇 | 二五〇 | 三 | |
| | 助行器 | 一、五〇〇 | 七五〇 | 五 | | |
| | 特製三輪機車 | 五〇、〇〇〇 | 二五、〇〇〇 | 五 | | |
| | 特製三輪機車改裝 | 一〇、〇〇〇 | 五、〇〇〇 | | | |
| | 機車倒退輔助器 | 八、〇〇〇 | 四、〇〇〇 | 三 | | |
| | 傳真機 | 四、〇〇〇 | 二、〇〇〇 | 三 | 一、聽(語)障者或具聽(語)障之多重障礙者，以「戶」為補助單位；行動電話以「人」為補助單位。 二、十二歲以上始得申請傳真機。 三、傳真機及行動電話，二項僅能擇一申請補助。 | |
| 行動電話 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 三 | | | |
| 火警閃光警示器 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 三 | | | |
| 安全帽(護頭盔) | 六〇〇 | 三〇〇 | 五 | 一、智障者或具智障之多重障礙者及張力低、平衡差或常發生癲癇之兒童。 二、六歲以下兒童補助使用年限為三年。 | | |
| 餵食椅附坐墊或特製桌椅 | 七、〇〇〇 | 三、五〇〇 | 三 | 重度腦性麻痺或多重障礙者。 | | |
| | 電話閃光震動器 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 十 | 一、聽障者或具聽障之多重障礙者。 二、以「戶」為補助單位，每戶限申請一台。 | |
| | 門鈴閃光器 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | | | |
| | 無線震動警示器 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--------------------|---------|--------|---|---|--------|
| 居家無障礙設施設備 | 電話擴音器 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 十 | <p>一、具肢障或平衡障礙之多重障礙者。</p> <p>二、浴室改善項目包括：水龍頭、扶手、防滑措施、門等。</p> <p>三、連續型扶手不受單隻補助金額限制，低收入戶最高補助金額為三萬元，非低收入戶最高補助金額為二萬元。</p> <p>四、上列項目全戶最高補助金額，低收入戶最高補助金額為五萬元，非低收入戶最高補助金額為二萬五千元。</p> <p>五、須具復健科醫師所開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。</p> <p>六、申請者應具備改善計畫及相關證明文件。</p> <p>七、斜坡道和可攜帶斜坡板二者間僅能擇一申請補助。</p> | |
| | 門(加寬、折疊門、剔除門檻、自動門) | 六、〇〇〇 | 三、〇〇〇 | | | |
| | 扶手(單隻) | 一、五〇〇 | 七五〇 | | | |
| | 水龍頭(撥桿式或單閥式) | 三、〇〇〇 | 一、五〇〇 | | | |
| | 斜坡道(限自有土地) | 八、〇〇〇 | 四、〇〇〇 | | | |
| | 防滑措施 | 三、〇〇〇 | 一、五〇〇 | | | |
| | 廚房改善工程 | 二〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | | | |
| | 浴室改善工程 | 二〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | | | |
| | 特殊簡易洗槽 | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | | | |
| | 特殊簡易浴槽 | 五、〇〇〇 | 二、五〇〇 | | | |
| | 可攜帶斜坡板 | 四、〇〇〇 | 二、〇〇〇 | | | |
| 反光貼條 | 三、〇〇〇 | 一、五〇〇 | 三 | | | |
| 移位機 | 二〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 十 | <p>一、肢障重度以上者、具肢障重度以上之多重障礙者或植物人。</p> <p>二、應具復健科醫師所開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。</p> | | |
| 特殊電腦輔助器具 | 點字觸摸顯示器 | 一〇〇、〇〇〇 | 五〇、〇〇〇 | 四 | <p>一、六歲以上視障者或具視障之多重障礙者。</p> <p>二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)或電視。</p> <p>三、點字觸摸顯示器及擴視機二者間僅能擇一項申請補助。</p> | |
| | 擴視機 | 桌上型 | 八〇、〇〇〇 | | | 四〇、〇〇〇 |
| | | 可攜式 | 四〇、〇〇〇 | | | 二〇、〇〇〇 |
| | 盲用電腦介面軟體 | 一〇、〇〇〇 | 五、〇〇〇 | 四 | <p>一、六歲以上肢障或具肢障之多重障礙者。</p> <p>二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)。</p> <p>三、申請吹吸口控滑鼠需為重度四肢癱瘓者，並須附由復健科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告。</p> | |
| | 鍵盤保護框(洞洞板) | 一、〇〇〇 | 五〇〇 | | | |
| | 特殊滑鼠或鍵盤介面 | 五、〇〇〇 | 二、五〇〇 | | | |
| | 手部輔助支架(如鍵盤敲擊器) | 一、二〇〇 | 六〇〇 | | | |
| 吹吸口控滑鼠 | 一五、〇〇〇 | 七、五〇〇 | 四 | <p>一、六歲以上聽障者、語障者或具聽障、語障之多重障礙者。</p> <p>二、已具備個人電腦基本配備(如電腦主機、螢幕、鍵盤)。</p> | | |
| 視訊會議系統 | 五、〇〇〇 | 二、五〇〇 | | | | |

| | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--------|--------|---|---|
| | 溝通板 | 一〇、〇〇〇 | 五、〇〇〇 | 四 | 一、智障者、聽障者、語障者、自閉症者或具智障、聽障、語障、自閉症之多重障礙者。 二、應由復健科、耳鼻喉科或小兒科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告註明有語言或溝通障礙者。 |
| | 馬桶增高器（便盆椅） | 一、二〇〇 | 六〇〇 | 三 | 身心障礙者。 |
| | 飲食類輔具：（含特、殊刀、叉、湯匙、防、箸、杯、盤、滑、墊等相關項目） | 五〇〇 | 二五〇 | 一 | 一、復健科醫師診斷證明書特別註明症狀須要者。 二、飲食類、衣著類、居家類輔具之補助金額為單次補助金額。 |
| | 衣著類輔具：（含穿、衣桿、穿鞋、襪、助器、長柄、取物等相關項目） | 一、〇〇〇 | 五〇〇 | 一 | |
| | 居家類輔具：（含特、殊門把、烹調、製具、開瓶、罐器、開關等相關項目） | 八〇〇 | 四〇〇 | 二 | |
| | 轉位板（含移位墊及移位腰帶） | 二、〇〇〇 | 一、〇〇〇 | 二 | 平衡機能障礙者、肢障重度以上者或具平衡機能障礙、肢障重度以上之多重障礙者。 |
| | 手動或電動床 | 一〇、〇〇〇 | 五、〇〇〇 | 五 | 一、限居家使用。 二、屬肢體癱瘓無法翻身及自行坐起，並由醫師開立診斷證明書特別註明症狀需要及相關治療師出具評估報告者。 |
| | 電動輪椅 | 五〇、〇〇〇 | 二五、〇〇〇 | | 一、電動輪椅及電動代步車，二者間僅能擇一項申請補助。 二、肢障重度以上者。 三、具肢障之多重障礙者，其中肢障須重度以上。 四、應由復健科醫師開具診斷證明及相關治療師出具評估報告者。 五、電動代步車之申請基於安全考量，具視障、心智障礙或精神障礙之多重障礙者，不予補助，且申請補助之電動代步車以四輪之電動代步車為原則。 |
| 復健輔助類 | 電動代步車 | 四〇、〇〇〇 | 二〇、〇〇〇 | 五 | |
| | 流體壓力床墊、氣墊床 | 一〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 三 | 一、限居家使用。 二、屬肢體癱瘓無法翻身及自行坐起者，或於臥姿相關壓力處已有褥瘡者，並由醫師開立診斷證明書特別註明症狀需要者及相關治療師出具評估報告。 三、應說明所需規格。 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------|--------|---|---|
| 流體壓力輪椅座墊、輪椅氣墊座(特殊量製坐墊或特殊材質坐墊) | | -0、000 | -0、000 | 三 | 一、下半身皮膚感覺或運動機能喪失，容易產生褥瘡者，或於坐姿相關壓力處已有褥瘡者，且需復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。 二、應說明特殊規格及功能。 |
| 義肢(單支) | 部分手掌義肢(美觀手掌) | 五、000 | 五、000 | 三 | 一、肢障或具肢障之多重障礙者。 二、經行政院衛生署核可之身心障礙鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並具證明確有裝配上項復健輔助類之需求者，並應加註承製部位。 三、義肢應先依全民健康保險義肢給付要點所定保險對象裝配義肢對同一部位以給付一次為限；十八歲以下對同一部位每二年給付一次之相關規定辦理，其後之耗損始申請本項補助。 |
| | 部分足義肢(部分腳掌義肢) | -0、000 | -0、000 | | |
| | 前膊、小腿義肢(包括腕離斷、肘下前臂、踝離斷、賽姆式、膝下等義肢) | 二0、000 | 二0、000 | | |
| | 全膊、大腿義肢(包括肘離斷、肘上膝離斷、膝上等義肢) | 四0、000 | 四0、000 | | |
| 肩離斷、髖離斷義肢(包括肩胛骨截除、肩截除、骨盆半截除、髖切除等) | | 五0、000 | 五0、000 | | |
| 助聽器 | 單耳 | -0、000 | 五、000 | 三 | 一、聽障者、語障者或具聽障、語障之多重障礙者。 二、申請助聽器須具身心障礙鑑定醫院耳科醫師診斷及醫院內之專業聽力檢查人員評估並證明已無法治療改善者。雙耳聽力損失在 55dB-110dB 之間補助兩只；優耳聽力在 55dB-110dB 之間、劣耳聽力 110dB 以上補助一只；聽力損失認定標準為氣導聽力檢查頻率 500Hz~4000Hz 之間平均值。 三、對於十八歲以下在國內就學(就讀空中大學、高級中等以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學學校除外)致不能工作者，最高補助額單耳為一萬元；雙耳得為二萬八千元，並須檢具在學證明文件。 四、十二歲以下兒童者，得每年申請補助乙次。 |
| | 雙耳 | 二0、000 | -0、000 | | |
| 下肢支 | 踝足部支架(小腿支架) | 三、五00 | 三、五00 | 三 | 一、肢障或具肢障之多重障礙者。 二、經行政院衛生署核可之身心 |

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|--------|--------|---|---|
| 架(單支且補助金額均含矯正鞋) | 膝踝足支架(大腿支架、長腿支架) | 七、〇〇〇 | 七、〇〇〇 | | 障礙鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並具證明確有裝配上項復健輔助類之需求者，並應加註承製部位。 三、經全民健康保險給付部分，不予補助。 四、十六歲以下兒童，得每年申請補助乙次。 |
| | 腕膝踝足支架 | 八、〇〇〇 | 八、〇〇〇 | | |
| | 腕部(腕)或膝部支架 | 三、〇〇〇 | 三、〇〇〇 | | |
| | 軀幹支架(背架、背部支架、輪椅側支撐架) | 八、〇〇〇 | 八、〇〇〇 | | |
| | 矯正器或上肢支架(含副木、手托板) | 三、五〇〇 | 三、五〇〇 | | |
| 特製輪椅 | 一五、〇〇〇 | 一五、〇〇〇 | 二 | 一、須有復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。 二、申請特製輪椅者限重度肢障者、植物人或包含肢障、植物人之重度多重障礙患者。 三、申請特製輪椅須醫生診斷證明中註明無法使用一般輪椅原因，並加附圖(照)片及說明三項以上特殊規格和功能。 | |
| 站立架 | 普通型 | 五、五〇〇 | 五、五〇〇 | 三 | 一、智障或具智障之多重障礙者。 二、肢障或具肢障之多重障礙者。 三、須有復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。 四、六歲以下兒童補助使用年限為一年。 |
| | 兒童成長型或特製調整型 | 一五、〇〇〇 | 一五、〇〇〇 | | |
| 彈性衣 | 三〇、〇〇〇 | 三〇、〇〇〇 | 六個月 | 顏面損傷或燒燙傷、肌膚殘損重建等障礙者。 | |
| 矽膠片 | 八、〇〇〇 | 八、〇〇〇 | 六個月 | 矽膠片應由整型外科或復健科等相關專科醫師出具證明並註明使用部位、面積及深度等。 | |
| 氧氣製造機 | 一五、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 五年 | 限植物人、重器障(肺)、或其他經醫師診斷有實際需要者；其致殘原因需與病症相符合，且經身心障礙鑑定醫院三個月內診斷書證明其確實呼吸困難，方可申請氧氣製造機。 | |

| | | | | | |
|--------------------|--|---------|--|------|--|
| 人工電子耳 | | 六〇〇、〇〇〇 | 中低收入戶最高補助額度 四〇〇、〇〇〇 一般戶最高補助額度 二〇〇、〇〇〇 | 終身乙次 | <p>一、重度聽障者，經配戴助聽器及聽能復健半年，效果不佳者。</p> <p>二、感覺神經性聽力障礙病史在五年以內者。</p> <p>三、先天性聽障，經電腦斷層攝影確定至少具有一圈完整耳蝸存在，且無其他禁忌者。</p> <p>四、以一歲六個月至六歲先天性失聰者為優先。</p> <p>五、限於依特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法規定，申請所在地直轄市、縣(市)主管機關核准施行之醫療機構施行植入手術者。</p> <p>六、須有耳鼻喉科醫師開立診斷證明書及專業聽力檢查人員出具評估報告。</p> |
| 義眼(單眼) | | 一〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 三 | 視障者或具視障之多重障礙者 |
| 人工講話器 | 一般型 | 二、〇〇〇 | 二、〇〇〇 | 一 | 一、聲音機能或語言機能障礙者或具聲音機能或語言機能障礙之多重障礙者。 |
| | 電子型 | 一〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 五 | 二、申請電子型(電動式)人工講話器限經醫師診斷書註明全喉切除者。 |
| 輪椅特殊背墊 (需含硬式底板) | | 一〇、〇〇〇 | 一〇、〇〇〇 | 三 | <p>一、須有復健科醫師開立診斷證明書及相關治療師評估報告。</p> <p>二、須說明特殊規格及功能。</p> <p>三、申請此項目者限重度肢障或包含肢障之重度多重障礙者。</p> |
| 特製推車 | | 一五、〇〇〇 | 一五、〇〇〇 | 三 | <p>一、十二歲以下發展障礙相關診斷患者(如腦性麻痺患者)。</p> <p>二、須由復健科醫師開立診斷書及相關治療師出具評估報告特別註明症狀需要者。</p> |
| 人工電子耳耗材 | | 一五、〇〇〇 | 一五、〇〇〇 | 三 | <p>一、申請者須接受人工電子耳手術滿三年始得申請補助。</p> <p>二、補助項目包括：長線、短線、線圈、麥克風及磁鐵。</p> <p>三、當年度已申請助聽器補助者，本項補助額度減半核給。</p> |
| 備註 | <p>一、身心障礙者每人每年依實際需要最多以申請二項輔具補助為原則〈因情形特殊，輔具使用年限未達最低使用年限或輔具申請項目已逾二項，而須再申請補助者，得檢具相關證明文件經本府核准後專案辦理〉。</p> <p>二、罹患罕見疾病之身心障礙者，經醫師開具診斷證明書並註明所需輔具項目，得不受本標準表障礙類別、等級之限制。但仍須符合該項輔具項目之其他規定。</p> | | | | |