衛生福利部令

中華民國 110 年 6 月 17 日
衛部照字第 1101560309 號

修正「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」，名稱並修正為「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」。

附修正「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」

部　長　陳時中

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法修正條文

第一條　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。

第二條　本辦法之補助對象，為依本法領有身心障礙證明，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。

第三條　本辦法所稱醫療復健費用，指尚未納入全民健康保險給付範圍，且符合第五條附表所列之醫療復健費用。

第四條　本辦法所稱醫療輔具，指尚未納入全民健康保險給付範圍，經醫師診斷或經醫事人員評估為醫療復健所需，具有促進恢復身體系統構造、生理功能或避免併發症，且符合第五條附表所列之醫療輔具。

第五條　醫療復健費用及醫療輔具之補助項目、補助金額、使用年限及補助條件，依附表規定。

前項附表，自中華民國一百十一年一月一日施行。

第六條　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，發給診斷證明書或醫療輔具評估報告。

第七條　醫療復健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、申請醫療復健費用補助者，應檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本或副本，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，應填具申請書，並檢附第五條附表所定文件、資料，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　八　條　醫療復健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文件、資料，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、資料及前項第二款之憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。

第　九　條　依其他法令規定申請相同性質之醫療復健費用、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　十　條　申請人對醫療復健費用、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、資料，向原受理機關申請復查。

第 十一 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、資料及購買、租賃或付費憑證請領之。

第 十二 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 十三 條　申請人以詐術或其他不正當方法申請或領取補助者，直轄市、縣（市）主管機關不予補助或停止補助；已核發之補助款，應令其限期返還。

第 十四 條　本辦法除另定施行日期者外，自發布日施行。

附表　醫療復健費用及醫療輔具補助標準

一、醫療復健費用						
編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	中低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(新臺幣元)	最低使用年限(年)	補助條件
1	人工電子耳植入手術費用	120,000	90,000	60,000	終身一次	補助對象應符合第二條第一項規定，並經身心障礙者輔具補助辦法規定之評估方式，確認其需求，並提供輔具評估報告者。
2	開具診斷證明書費用	200	200	100		一、補助對象應符合第二條第一項規定，並經核定確有本表所列醫療輔具項目之需求者。 二、申請本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需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、補助對象應符合第二條第一項規定，並經核定確有本表所列醫療輔具項目之需求者。 二、申請本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需醫療輔具評估報告之費用申請。

<table>
<tr><td colspan="6">二、醫療輔具</td></tr>
<tr><td>1</td><td>電動拍痰器</td><td>15,000</td><td>11,300</td><td>7,500</td><td>3</td><td rowspan="4">一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因身體系統構造或功能損傷，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳嗽以清除痰液，須長期使用左列項目，以協助自行換氣，改善呼吸問題者。
二、申請規定：應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左列項目需求。
三、規格或功能規範如下：
(一) 電動拍痰器：
1.馬力<1/20HP。
2.拍打頻率>20 次/秒。
3.應有醫療器材許可證字號。
(二) 非蓄電式抽痰機：
1.具壓力流量大小調節功能：80-250mmHg。
2.應有醫療器材許可證字號。
(三) 蓄電式(交直流兩用)抽痰機：
1.具壓力流量大小調節功能：80-250mmHg。</td></tr>
<tr><td>2</td><td>非蓄電式抽痰機</td><td>5,000</td><td>3,800</td><td>2,500</td><td>3</td></tr>
<tr><td>3</td><td>蓄電式(交直流兩用)抽痰機</td><td>10,000</td><td>7,500</td><td>5,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>4</td><td>化痰機(噴霧器)</td><td>5,000</td><td>3,800</td><td>2,500</td><td>3</td></tr>
</table>

						2.內建電池，於停電時，可連續抽吸30分鐘之電力供應。 3.應有醫療器材許可證字號。 (四) 化痰機(噴霧器)： 1.可提供≦5μm 氣霧粒子。 2.應有醫療器材許可證字號。 四、其他規定如下： (一) 限居家自我照顧所需者申請。 (二) 應檢附輔具供應商出具之保固書影本。
5	血氧偵測儀(血氧機)	6,000	4,500	3,000	3	一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因重要器官失去功能致呼吸障礙，須長期使用左列項目，以監測或改善呼吸問題者。 二、申請規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左列項目需求。
6	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	5	

						(二) 申請氧氣製造機，應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告，應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具，並載明有氧氣製造機需求。 三、規格或功能規範如下： (一) 血氧偵測儀(血氧機)： 1.含氧飽和度測量： (1)範圍：0-100%。 (2)精準度：70-100% ±2%。 2.脈率測量： (1)範圍：20-280BPM。 (2)精準度：20-250BPM ±3BPM。 3.應具有醫療器材許可證字號。 (二) 氧氣製造機： 1.流量範圍：1-5 公升/分鐘。 2.氧氣濃度：1-5 公升/分鐘 93%±3%。 3.輸出壓力：> 6.0psig。 4.應具有醫療器材許可證字號。 四、其他規定如下：

						(一) 限居家自我照顧所需者申請。 (二) 應檢附輔具供應商出具之保固書影本。
7	咳嗽(痰)機 (Cough Assist Machine)	120,000	90,000	60,000	5	一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因神經肌肉損傷或弱化，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳嗽以清除痰液，須長期使用本項，以排除呼吸道分泌物，協助自行換氣功能，改善呼吸問題者。 二、申請規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有神經肌肉損傷或弱化，造成自主咳嗽障礙或自主咳嗽不全，致有長期使用本項需求。 (二) 應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具

						之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具，並載明有本項需求。 三、規格或功能規範如下： (一) 壓力範圍： 吸氣壓力≧0-50cmH_2O。 吐氣壓力≧-50-0cmH_2O。 (二) 時間可設定範圍： 吸氣時間 0-5 秒。 吐氣時間 0-5 秒。 停頓時間 0-5 秒。 (三) 運作選擇模式： 自動(Automatic)。 手動(Mannal)。 (四) 流速： 吸氣流速 0-3.3 公升/秒。 吐氣流速 0-10 公升/秒。 (五) 應具有醫療器材許可證字號。 四、其他規定如下： (一) 限居家自我照顧所需者申請。 (二) 本項得以租賃方式為之；其補助，仍應符合最低使用年限，並於最高補助金額內，依實際租賃金額核給。 (三) 應檢附其他文件、資料： 1.採購置者，應提供輔具供應商出具之保固

						書正本(正本查驗後發還，影本留存)。 2.採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。
8	單相陽壓呼吸器(C-PAP：Continuous Positive Airway Pressure)	40,000	30,000	20,000	5	一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因下列原因，須長期使用左列項目，以改善呼吸問題者。 (一) 單相陽壓呼吸器：因重度缺氧最低達 SpO_2 ≦ 85% 或 PCO_2 ≧ 55mmHg。 (二) 雙相陽壓呼吸器：因肺部功能損傷或切除，造成呼吸功能不全，致無法自行有效換氣。 二、申請規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左列項目需求。 (二) 應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由身心障礙者
9	雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP：Bilevel Positive Airway Pressure)	140,000	105,000	70,000	5	

						鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具，並載明有左列項目需求。 三、規格或功能規範如下： 輔具供應商出具之保固書或租賃契約書，應載明下列規格或功能： (一) 單相陽壓呼吸器： 1.壓力範圍：4-20cmH_2O。 2.附呼吸器面罩。 3.應有醫療器材許可證字號。 (二) 雙相陽壓呼吸器： 1.壓力範圍： 吸氣壓力 4-30cmH_2O。 吐氣壓力 4-10cmH_2O。 2.具模式、吸氣及吐氣參數設定功能：含壓力值、呼吸次數(比例)、靈敏度調整、呼吸警報提醒檢視功能(管路面罩漏氣警報、低高壓警報)、內建式加熱潮溼器。 3.附呼吸器面罩。 4.應有醫療器材許可證字號。 四、其他規定如下：

						(一) 限居家自我照顧所需者申請。 (二) 左列項目得以租賃方式為之；其補助，仍應符合最低使用年限，並於最高補助金額內，依實際租賃金額核給。 (三) 應檢附其他文件、資料： 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。 (四) 曾領有左列單相陽壓呼吸器補助者，於最低使用年限內，如需申請左列雙相陽壓呼吸器補助，應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具，並載明病情惡化與無法僅用單相陽壓呼吸器。 (五) 曾領有左列雙相陽壓

						呼吸器補助者，於最低使用年限內，不得申請左列單相陽壓呼吸器。
10	UPS 不斷電系統	2,500	1,900	1,300	3	一、補助對象應符合第二條第一項規定，並因使用本表所列醫療輔具項目，有緊急供電之需求，以維護呼吸道通暢者。 二、應具有停電時，可以連續抽吸 30 分鐘之電力供應(每次抽痰機運作抽吸時間 1 分鐘計算，至少可提供 30 次之抽吸)。 三、其他規定如下： (一) 限居家自我照顧所需者申請。 (二) 應檢附輔具供應商出具之保固書影本。
11	壓力衣-A 款項-頭部、頸部	3,000	2,250	1,500	6 個月	一、補助對象符合第二條第一項規定，並因燒燙傷、皮膚損傷、腫瘤或循環障礙致有左列項目需求。 二、申請規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。
12	壓力衣-B 款項-肩部、胸部、腹部、背部	4,600	3,450	2,300	6 個月	
13	壓力衣-C 款項-右上臂、右肘、右前臂	1,450	1,100	750	6 個月	
14	壓力衣-D 款項-	2,000	1,500	1,000	6 個月	

	右手、右腕					(二) 應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告，應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求。 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) 各款項合併申請時，視為補助一項次(如申請 A 款項及 B 款項)。 (二) 同款項之各部位合併申請時，視為補助一項次(如申請 B 款項-肩部及胸部各二件)。 (三) 同款項之各部位至多可申請二件，補助金額上限按申請件數計算(如申請 A 款項-頭部及頸部各二件，以低收入戶為例，補助金額上限為 12,000 元)。 (四) 同款項之同部位於第一次申請後二年內，
15	壓力衣-E 款項-左上臂、左肘、左前臂	1,450	1,100	750	6 個月	
16	壓力衣-F 款項-左手、左腕	2,000	1,500	1,000	6 個月	
17	壓力衣-G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿	3,700	2,780	1,850	6 個月	
18	壓力衣-H 款項-右小腿	1,450	1,100	750	6 個月	
19	壓力衣-I 款項-右踝、右足	2,500	1,900	1,250	6 個月	
20	壓力衣-J 款項-左小腿	1,450	1,100	750	6 個月	
21	壓力衣-K 款項-左踝、左足	2,500	1,900	1,250	6 個月	

						均得免檢附診斷證明書，並依最低使用年限再度申請。二年後仍有左列項目需求時，應憑三個月內開立之診斷證明書及醫療輔具評估報告申請。 (五) 應檢附輔具供應商出具之保固書影本。
22	矽膠片	9,000	6,800	4,500	6 個月	一、補助對象符合第二條第一項規定，並因燒燙傷或皮膚損傷需重建者。 二、申請規定：應出具診斷證明書；診斷證明書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有本項需求及需使用矽膠片之部位及面積。 三、其他規定如下： (一) 同一部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書，並依最低使用年限再度申請。二年後仍有本項需求時，應憑三個月內開立之診斷證明書及醫療輔具評估報告持續申請。

						(二) 每平方公分補助金額為 15 元，並以本項補助金額為上限。 (三) 應有醫療器材許可證字號。

備註：

1. 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辦理；申請人因特殊情況，於輔具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)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構至居住處所進行評估。
2. 本表所列醫療輔具項目與身心障礙者輔具補助辦法規定之生活輔具項目合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；本表所列醫療輔具項目使用尚未達最低使用年限、申請項目二年已逾四項或未符合補助條件而確有使用本表所列醫療輔具項目之需求者，得由直轄市、縣(市)主管機關專案補助之。
3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立；申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之收案對象者，本表醫療輔具編碼 1 至 5 項之診斷證明書，得由該計畫之訪視醫師開具，並檢附該計畫之居家訪視紀錄單；居家訪視紀錄單應載明訪視單位及訪視醫師之簽章。
4. 本表醫療輔具編碼 1 至 9 項保固書應載明產品規格：含本表所定醫療輔具項目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核准之醫療器材許可證字號。
5. 本表醫療輔具編碼 10 至 21 項保固書應載明產品規格：含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。
6. 本表醫療輔具編碼 7 至 9 項得以租賃方式為之；租賃契約書應載明規格：含本表所定醫療輔具項目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核准之醫療器材許可證字號。
7. 本表之低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。
8. 本表之醫療復健費用補助，以現金給付為原則。
9. 補助對象已接受衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署或其他相關同項補助者(如：罕見疾病醫療補助專案、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫…等)，不得重複申請本表之補助項目。

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網（http://gazette.nat.gov.tw/）。