

# 身心障礙者輔具費用補助基準表部分規定修正規定

| 分類     | 項次 | 補助項目                | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用年限 | 評估人員 | 補助相關規定   |
|--------|----|---------------------|---------------|--------|------|--|
| 個人行動輔具 | 二二 | 特製機車-A款(加裝輔助後輪特製車)  | 六〇,〇〇〇        | 六      | 不須評估 | <p>一、補助對象：須符合下列條件之一</p> <p>(一)肢體障礙者。</p> <p>(二)平衡機能障礙者。</p> <p>(三)具上列任一種障礙類別之多重障礙者。</p> <p>二、規格或功能規範：</p> <p>(一)特製機車-A款，含機車新品及於該車輛加裝輔助後輪。</p> <p>(二)特製機車-B款，含機車新品及於該車加裝輪椅直上裝置。</p> <p>(三)汽車改裝-油門或煞車連桿，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。</p> <p>三、其他規定：</p> <p>(一)A款及B款二者僅能擇一申請補助。</p> <p>(二)特製機車及機車改裝二者僅能擇一申請。</p> <p>(三)申請特製機車及汽車、機車改裝者，應具有該類特製車輛之駕照。</p> <p>(四)請款時須檢附特製車輛之行照影本。</p> <p>(五)再度申請特製機車(含修訂前之「特製三輪機車」)時，應於請款時檢附原機車報廢證明。</p> <p>(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(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。</p> |
| 個人行動輔具 | 二三 | 特製機車-B款(改裝輪椅直上式特製車) | 八〇,〇〇〇        | 六      | 不須評估 |  |
| 個人行動輔具 | 二四 | 機車改裝-A款(裝置輔助輪)      | 一〇,〇〇〇        | 六      | 不須評估 |  |
| 個人行動輔具 | 二五 | 機車改裝-B款(裝設輪椅直上裝置)   | 三〇,〇〇〇        | 六      | 不須評估 |  |
| 個人行動輔具 | 二六 | 機車改裝-C款(裝設倒退輔助器)    | 八,〇〇〇         | 六      | 不須評估 |  |
| 個人行動輔具 | 二七 | 汽車改裝-油門或煞車連桿        | 一五,〇〇〇        | 六      | 不須評估 |  |

| 分類         | 項次 | 補助項目 | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用<br>年限 | 評估<br>人員 | 補助相關規定   |
|------------|----|------|---------------|------------|----------|--|
| 個人行動<br>輔具 | 三四 | 移位腰帶 | 一,五〇〇         | 三          | 甲、<br>丁  | 一、補助對象：須符合下列條件之一<br>(一) 重度以上肢體障礙者。<br>(二) 平衡機能障礙者。<br>(三) 具上列任一種障礙類別之多重障礙者。<br>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六)。                               |
| 個人行動<br>輔具 | 三五 | 移位轉盤 | 二,〇〇〇         | 三          | 甲、<br>丁  | 三、規格或功能規範：<br>(一) 移位腰帶之寬度至少須有十公分，接觸面不可有銳利部分；且須有四個以上之提把可供抓握。<br>(二) 移位轉盤之上下兩接觸面須為防滑材質，且整體厚度須二公分以下。<br>(三) 移位板可作為坐姿移位時相鄰平面之橋板，長度至少須六十公分、寬度至少須二十公分、厚度須一公分以下。                          |
| 個人行動<br>輔具 | 三六 | 移位板  | 二,〇〇〇         | 五          | 甲、<br>丁  | 四、其他規定：<br>(一) 限居家使用者申請。<br>(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(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。 |
| 個人行動<br>輔具 | 四十 | 移位機  | 四〇,〇〇〇        | 一〇         | 甲、<br>丁  | 一、補助對象：須符合下列條件之一<br>(一) 重度以上肢體障礙者。<br>(二) 具重度以上肢體障礙之多重障礙者。<br>(三) 植物人。<br>二、評估規定：申請移位機須符合下列條件之一：<br>(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六)。      |

| 分類       | 項次 | 補助項目             | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用年限 | 評估人員 | 補助相關規定   |
|----------|----|------------------|---------------|--------|------|--|
| 個人行動輔具   | 四一 | 移位機吊帶            | 六,〇〇〇         | 三      | 不須評估 | <p>(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六)。</p> <p>三、規格或功能規範:<br/>本項移位機係指懸吊式移位設備,應包含吊帶。</p> <p>四、其他規定:<br/>(一)限居家使用者申請。<br/>(二)曾依本辦法獲移位機補助者,三年後始得申請移位機吊帶。<br/>(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(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話,並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。</p> |
| 個人行動輔具   | 四二 | 視障用白手杖           | 七〇〇           | 二      | 不須評估 | <p>一、補助對象:須符合下列條件之一<br/>(一)視覺障礙者。<br/>(二)具視覺障礙之多重障礙者。</p>  |
| 溝通及資訊-視覺 | 四三 | 收錄音機或隨身聽-A款(一般型) | 一,〇〇〇         | 三      | 不須評估 | <p>二、規格或功能規範:<br/>「收錄音機或隨身聽-B款(數位型)」應具電子書朗讀功能。</p>   |
| 溝通及資訊-視覺 | 四四 | 收錄音機或隨身聽-B款(數位型) | 二,五〇〇         | 五      | 不須評估 | <p>三、其他規定:<br/>(一)視障用點字手錶及視障用語音報時器僅能擇一申請。<br/>(二)「收錄音機或隨身聽」A款及B款僅能擇一申請。</p>  |
| 溝通及資訊-視覺 | 四五 | 視障用點字手錶          | 三,〇〇〇         | 五      | 不須評估 | <p>(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(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。</p>  |
| 溝通及資訊-視覺 | 四六 | 視障用語音報時器         | 三〇〇           | 三      | 不須評估 |  |

| 分類       | 項次 | 補助項目      | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用年限 | 評估人員  | 補助相關規定  |
|----------|----|-----------|---------------|--------|-------|---|
| 溝通及資訊-視覺 | 五五 | 可攜式擴視機-A款 | 二〇,〇〇〇        | 四      | 甲、丁、戊 | <p>一、補助對象：申請者限指數視力（CF-一五公分）以上者（依診斷證明書或輔具評估報告書認定），須符合下列條件之一</p> <p>（一）視覺障礙者。</p> <p>（二）具視覺障礙之多重障礙者。</p> <p>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七）。</p> <p>三、規格或功能規範：</p>   |
| 溝通及資訊-視覺 | 五六 | 可攜式擴視機-B款 | 四〇,〇〇〇        | 四      | 甲、丁、戊 | <p>（一）可攜式擴視機-A款應符合以下所有規格：螢幕尺寸二點八英吋以上、色彩模式三組（黑白、負片、彩色模式）以上、支援放大及縮小功能且倍率為六倍以上者。</p> <p>（二）可攜式擴視機-B款應符合以下所有規格：</p> <p>螢幕尺寸三點五英吋以上、色彩模式三組（黑白、負片、彩色模式）以上、支援放大及縮小功能且倍率為六倍以上；並提供經評估所需其他功能配備（含亮度調整、對比調整、望遠、記憶或儲存畫面、六點五吋以上螢幕、螢幕角度調整、連接電腦或電視、書寫支架或把手、觸控螢幕等）達任三項以上功能者。</p> |
| 溝通及資訊-視覺 | 五七 | 桌上型擴視機-A款 | 五〇,〇〇〇        | 六      | 甲、丁、戊 | <p>（三）桌上型擴視機-A款應符合以下所有規格：</p> <p>色彩模式三組以上、支援放大及縮小功能且倍率在三十倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者。</p>  |
| 溝通及資訊-視覺 | 五八 | 桌上型擴視機-B款 | 七五,〇〇〇        | 六      | 甲、丁、戊 | <p>（四）桌上型擴視機-B款應符合以下所有規格：</p> <p>色彩模式五組（如增加藍黃、黑黃或其他組合）以上、支援放大及縮小功能且倍率在四十倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦；並提供經評估所需其他功能配備（含亮度調整、對比調整、望遠、記憶、儲存、托盤、導引線、定位指示、亮度調整、焦距鎖定、可旋轉鏡頭、一體成型且螢幕可調整、及電腦畫面分割、等）達任五項以上功能者。</p>  |

| 分類         | 項次 | 補助項目        | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用<br>年限 | 評估<br>人員 | 補助相關規定   |
|------------|----|-------------|---------------|------------|----------|--|
|            |    |             |               |            |          | <p>四、其他規定：<br/>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（含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容）、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。</p>   |
| 身體、肌力及平衡訓練 | 九三 | ※直立式站立架     | 一二,〇〇〇        | 五          | 甲        | <p>一、補助對象：須符合下列條件之一<br/>（一）肢體障礙者。<br/>（二）植物人。<br/>（三）智能障礙且無獨立站立能力者。<br/>（四）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。</p>   |
| 身體、肌力及平衡訓練 | 九四 | ※前趴式站立架     | 一五,〇〇〇        | 五          | 甲        | <p>二、評估規定：須符合下列條件之一<br/>（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十五）。<br/>（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十五）。</p>  |
| 身體、肌力及平衡訓練 | 九五 | ※後仰式站立架或傾斜床 | 二〇,〇〇〇        | 五          | 甲        | <p>三、規格或功能規範：應具尺寸及各項支撐配件之調整功能，且符合下列各項規定：<br/>（一）直立式站立架：須提供固定綁帶及下列配件或功能至少三項：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。<br/>（二）前趴式站立架：須為可無段或多段調整前趴角度之站立架，並須提供固定綁帶、桌板及下列配件或功能至少三項：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。<br/>（三）後仰式站立架或傾斜床：須為可無段或多段調整後仰角度之站立架或傾斜床，並須提供固定綁帶及下列配件至少三項：1. 頭部側支撐墊、2. 胸部側支撐墊、3. 骨盆側支</p> |

| 分類    | 項次      | 補助項目            | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用<br>年限 | 評估<br>人員 | 補助相關規定   |
|-------|---------|-----------------|---------------|------------|----------|--|
|       |         |                 |               |            |          | <p>撐墊、4. 兩側膝部可分開固定、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。</p> <p>四、其他規定：<br/>           (一) 本項補助限居家使用。<br/>           (二) 各款站立架、傾斜床僅能擇一申請。<br/>           (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（含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容）、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。</p> |
| 矯具及義具 | 一五<br>一 | ※踝足矯具(踝足支架)     | 三,五〇〇         | 三          | 甲        | <p>一、補助對象：須符合下列條件之一<br/>           (一) 肢體障礙者。<br/>           (二) 具肢體障礙之多重障礙者。</p> <p>二、評估規定：應符合下列規定之一</p>  |
| 矯具及義具 | 一五<br>二 | ※膝踝足矯具(膝踝足支架)   | 八,〇〇〇         | 三          | 甲        | <p>(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(輔具評估報告書格式編號二十二、二十三)，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。</p>   |
| 矯具及義具 | 一五<br>三 | ※髌膝踝足矯具(髌膝踝足支架) | 一〇,〇〇〇        | 三          | 甲        | <p>(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二十二、二十三)。</p>  |
| 矯具及義具 | 一五<br>四 | ※支架鞋具           | 四,〇〇〇         | 三          | 甲        | <p>(三) 申請脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架者，除符合上述條件之一外，另限制脊柱側彎診斷為十五至四十五度者。</p>   |
| 矯具及義具 | 一五<br>五 | ※肘部或膝部副木        | 一,五〇〇         | 五          | 甲        | <p>三、規格或功能規範：<br/>           (一) 踝足矯具：限為高溫熱塑材質取模製作或金屬材質，且必須跨越踝關節。</p>  |
| 矯具及義具 | 一五<br>六 | ※髌矯具            | 六,〇〇〇         | 五          | 甲        | <p>(二) 膝踝足矯具：須為高溫熱塑材質取模製作或金屬材質，並須跨越膝及踝關節。</p>  |
| 矯具及義具 | 一五<br>七 | ※脊柱矯具-支持性背架 A 款 | 四,〇〇〇         | 五          | 甲        |  |

| 分類        | 項次          | 補助項目                       | 最高補助金額<br>(元) | 最低使用<br>年限 | 評估<br>人員 | 補助相關規定  |
|-----------|-------------|----------------------------|---------------|------------|----------|---|
| 矯具及義<br>具 | 一<br>五<br>八 | ※脊柱矯<br>具-支持<br>性背架 B<br>款 | 一〇,〇〇〇        | 五          | 甲        | (三) 髌膝踝足矯具：須為高溫熱塑材質<br>取模製作或金屬材質，並須跨越<br>髌、膝及踝關節。<br>(四) 肘部或膝部副木：須內含金屬條及<br>固定帶。<br>(五) 髌矯具：須具有限制髌關節內收或<br>屈曲角度之功能。<br>(六) 脊柱矯具-支持性背架：可提供脊<br>柱變形並有惡化可能或影響呼吸<br>功能者支持及保護脊椎之功能。A<br>款應含金屬立柱、胸帶及骨盆帶，<br>並具限制軀幹動作之設計。B 款須<br>以石膏於軀幹取模，並以高溫熱塑<br>型材料量身訂製。<br>(七) 脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架：根<br>據三點壓力原理製作，而能積極矯<br>正脊柱側彎及旋轉變形之背架，須<br>含量身取模之骨盆固定，並可局部<br>調整壓力。<br>(八) 支架鞋具須與矯具之金屬立柱固定<br>連結，而完整包覆足部，不得僅為<br>托足板形式。                |
| 矯具及義<br>具 | 一<br>五<br>九 | ※脊柱矯<br>具-脊柱<br>側彎矯正<br>背架 | 一五,〇〇〇        | 五          | 甲        | 四、其他規定：<br>(一) 經全民健康保險給付之矯具，不予<br>補助。<br>(二) 踝足矯具、膝踝足矯具、髌膝踝足<br>矯具、脊柱矯具脊柱側彎矯正背<br>架、脊柱矯具支持性背架、支架鞋<br>具等項目，十八歲以下經輔具中心<br>評估確有更換之需求者，每年得申<br>請一次。<br>(三) 同一部位每次申請以給付一項次為<br>限，依實際需求申請雙側補助時補<br>助額度得加倍計算。<br>(四) 支架鞋具補助單位為一雙，得搭配<br>下肢矯具同時申請，視為補助一項<br>次。<br>(五) 應檢附輔具供應商出具保固書之影<br>本（保固書正本由申請人留存）。<br>保固書並應載明產品規格（含本基<br>準所定本項輔具之規格或功能規<br>範內容）、型號、序號、保固年限<br>及起迄日期（含年、月、日）、輔<br>具供應商行號名稱、統一編號、負<br>責人姓名、服務電話，並應標示經 |

| 分類 | 項次 | 補助項目 | 最高補助金額<br>(元) | 最低使<br>用年限 | 評估<br>人員 | 補助相關規定                          |
|----|----|------|---------------|------------|----------|---------------------------------|
|    |    |      |               |            |          | 中央主管機關醫療器材查驗合格<br>之登記字號及其他必要資訊。 |

附註：

- 一、輔具補助基準如下：（依據身心障礙者輔具費用補助辦法第二條規定）
  - （一）低收入戶：本表「最高補助金額」之全額。
  - （二）中低收入戶：本表「最高補助金額」之百分之七十五。
  - （三）一般戶：本表「最高補助金額」之百分之五十。
- 二、本表之「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。
- 三、補助款之撥發，須按依第一點、第二點之最高補助金額為上限，並以實際購買金額為限。
- 四、「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。