附表：醫療費用及醫療輔具補助標準表

編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
1	電動拍痰器	15,000	11,300	7,500	三	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因身體功能損傷，造成呼吸功能不全，致無法有效自行咳嗽以清除痰液，須長期使用左列醫療輔具，以協助自行換氣，改善呼吸問題者。 二、申請醫療輔具補助，應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 三、醫療輔具之規格或功能規範如下： (一)電動拍痰器應符合以下規格及功能： 1.馬力小於 1/20 HP。 2.拍打頻率應高於 20 次/秒。 3.應有醫療器材查驗登記字號。 (二)抽痰機應符合以下規格及功能： 1.具壓力流量大小調節功能： 嬰兒:60-80 mmHg 小孩:80-100 mmHg 成人:100-120 mmHg 2.應有醫療器材查驗登記字號。 (三)化痰機(噴霧器)應符合以下規格及功能： 1.可提供 2-5 μm 大小之氣霧粒子，以進入下呼吸道達到噴霧效果。 2.應有醫療器材查驗登記字號。 四、其他規定： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。
2	抽痰機	5,000	3,800	2,500	三	
3	化痰機(噴霧器)	5,000	3,800	2,500	三	
4	雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP)	120,000	90,000	60,000	五	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因肺部功能損傷或切除，造成呼吸功能不全，致無法自行有效換氣，須長期使用呼吸類醫療輔具，以改善呼吸問題者。 二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由胸腔內科、胸腔外科或小兒科專

編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
						科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 (二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。 三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔具供應商出具保固書或租賃契約書，載明符合以下規格及功能： (一)壓力範圍: 吸氣壓力 4-30 cmH_2O。 吐氣壓力 2-10 cmH_2O。 (二)具模式、吸氣及吐氣參數設定功能：含壓力值、呼吸次數(比例)、靈敏度調整、呼吸警報提醒檢視功能(管路面罩漏氣警報.低高壓警報) 、內建式加熱潮溼器。 (三)附呼吸輔助器之面罩。 (四)應有醫療器材查驗登記字號。 四、其他規定： (一)領有全民健康保險重大傷病給付部分，不予補助。 (二)限居家自我照顧所需者申請。 (三)本項補助醫療輔具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之補助期限，並於最高補助金額範圍內，依實際租賃金額核給。 (四)應檢具之其他文件： 1.採購置者，應提供輔具供應商出具之保固書正本(正本查驗後發還，影本留存)。 2.採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。

編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
5	單相陽壓呼吸器(C-PAP : Continuous Positive Airway Pressure)	40,000	30,000	20,000	五	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因重度睡眠呼吸障礙，未滿 19 歲 Apnea-hypopnea index（AHI）>每小時 20 次，或每日累積重度缺氧時間(SpO2≦92%)超過 1 小時(含)以上；年滿 19 歲以上 Apnea-hypopnea index（AHI）>每小時 40 次，或呼吸障礙指數（Respiratory Disturbance Index ,RDI）≧每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間（Sp02≦85%）超過 1 小時（含）以上，需使用呼吸輔助器者。 二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一) 應出具診斷證明書；診斷證明書應由胸腔內科開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 (二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告應由胸腔內科或呼吸治療師進行評估，並載明本項需求。 三、規格或功能規範如下： 應於醫療輔具供應商出具保固書或租賃契約書，載明符合以下規格及功能： (一)壓力範圍:壓力 4-20 cmH_2O。 (二)附呼吸輔助器之面罩。 (三)應有醫療器材查驗登記字號。 四、其他規定： (一)領有全民健康保險重大傷病給付部分，不予補助。 (二)限居家自我照顧所需者申請。 (三)本項補助醫療輔具，得以租賃方式為之；其補助，仍應符合本項所定之補助期限，並於最高補助金額範圍內，依實際租賃金額核給。 (四)應檢具之其他文件： 1.採購置者，應提供輔具供應商出具之保固書正本(正本查驗後發還，影本留存)。 2.採租賃者，應檢附輔具供應商出具之租賃契約書影本。

編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
6	血氧偵測儀(血氧機)	6,000	4,500	3,000	三	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因重要器官失去功能致呼吸障礙，須長期使用左列醫療輔具，以監測呼吸問題者。 二、申請醫療輔具補助，應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 三、應具有醫療器材查驗登記字號。 四、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。
7	氧氣製造機	25,000	18,800	12,500	五	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因重要器官失去功能致呼吸障礙，須長期使用左列醫療輔具，以改善呼吸問題者。 二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 (二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告，應由醫師或呼吸治療師為之，並載明本項需求。 三、應具有醫療器材查驗登記字號。 四、其他規定： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。
8	UPS 不斷電系統	2,500	1,900	1,300	三	一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並因使用醫療輔具，有緊急供電之需求，以維護呼吸道通暢者。 二、應具有停電時，可以連續抽吸三十分鐘之電力供應(每次抽痰機運作抽吸時間一分鐘計算，至少可提供三十次之抽吸)。 三、其他規定如下： (一)限居家自我照顧所需者申請。 (二)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。

編碼	補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
9	壓力衣-A 款-頭頸	2,500	1,900	1,300	六個月	一、補助對象符合本辦法第二條第一項規定，並因燒燙傷、皮膚損傷、身體腫瘤或循環障礙致須壓力治療者。 二、申請醫療輔具補助，規定如下： (一)應出具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，並載明有壓力治療需求者。 (二)應出具醫療輔具評估報告；醫療輔具評估報告，應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師為之，並載明本項需求。 三、應使用彈性布料，且具對疤痕加壓效果，並為量身訂製之剪裁。 四、其他規定如下： (一)各類項目合併申請時，視為補助一項次。 (二)同一部位於第一次申請後二年內，均得免付診斷證明書，並依使用年限再度申請。二年後仍有需求時，應憑三個月內開立之診斷證明及醫療輔具評估報告申請。 (三)每部位至多可申請二件，補助金額上限按左列標準倍數計算。 (四)應檢附輔具供應商出具保固書之影本。
10	壓力衣-B 款-肩胸腹背	4,000	3,000	2,000	六個月	
11	壓力衣-C 款-右上肢	2,700	2,100	1,400	六個月	
12	壓力衣-D 款-左上肢	2,700	2,100	1,400	六個月	
13	壓力衣-E 款-腰臀大腿	3,000	2,300	1,500	六個月	
14	壓力衣-F 款-右下肢	2,700	2,100	1,400	六個月	
15	壓力衣-G 款-左下肢	2,700	2,100	1,400	六個月	
16	矽膠片	9,000	6,800	4,500	六個月	一、補助對象符合本辦法第二條第一項規定，並因燒燙傷、皮膚損傷需重建者。 二、申請醫療輔具補助，應檢具診斷證明書；診斷證明書應由相關專科醫師開具，載明本項需求及需使用矽膠片之部位、面積。 三、其他規定如下： (一)同一部位於第一次申請後二年內，均得免付診斷證明書，並依使用年限再度申請。二年後仍有需求時，應憑三個月內開立之診斷證明及醫療輔具評估報告持續申請。 (二)每平方公分補助金額為十五元，並以左列金額為上限。

編碼		補助項目	低收入戶最高補助金額(元)	中低收入戶最高補助金額(元)	非低收入戶及非中低收入戶最高補助金額(元)	最低使用年限(年)	補助相關規定
							(三)應有醫療器材查驗登記字號
醫療費用	1	人工電子耳植入手術費用	120,000	90,000	60,000	終身一次	補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經身心障礙生活輔具補助辦法規範之評估方式，確認其需求，並提供輔具評估報告書者。
	2	開具診斷證明書費用	200	200	100		一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經核定確有醫療輔具項目之需求者。 二、申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之診斷證明書之費用申請。
	3	開具醫療輔具評估報告費用	200	200	100		一、補助對象應符合本辦法第二條第一項規定，並經核定確有醫療輔具項目之需求者。 二、申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之醫療輔具評估報告之費用申請。

備註:

1. 醫療輔具評估，應由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構為之；申請人因特殊情況，於評估單位或鑑定機構進行評估顯有困難者，得由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構至居住地進行鑑定或評估。
2. 醫療輔具與生活輔具合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；醫療輔具使用尚未達最低使用年限或申請項目二年已逾四項，及未符上開補助資格而確有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。
3. 本表之診斷證明書須為三個月內所開立。
4. 本表輔具編碼 1 至 7 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
5. 本表輔具編碼 8 至 15 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限(不得低於三個月)及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話。
6. 租賃契約書應載明規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
7. 本表所定低收入戶及中低收入戶，依社會救助法之規定。
8. 本表之醫療費用補助，以現金給付為原則。