

附表：臺中市身心障礙者輔具費用補助增訂表

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	補助對象及相關規定
其他類	九〇一	人工電子耳耗材	八千	一	不需評估	一、補助對象：申請者需接受人工電子耳手術滿三年，始得申請補助。 二、補助項目：長線、短線、線圈、麥克風、磁鐵及內建充電式電池。 三、其他規定：未曾依本辦法獲人工電子耳或人工電子耳耗材補助者，須檢附裝置人工電子耳滿三年之相關證明文件。 四、本項輔具補助與「身心障礙者輔具費用補助基準表」之「項次二四二、人工電子耳配件」視為同一補助項目，於最低使用年限內僅能擇一申請。
	九〇二	訂作內置之鞋墊 (單支)	一千	三	甲類	一、補助對象： (一)肢障者。 (二)具肢障之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 (一)經鑑定醫療機構之復健科或骨科醫師診斷並證明特別註明症狀需要者。 (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。 三、規格或功能規範：須為個別化量身製作(非量產型)，服貼肢體曲線。 四、其他規定： (一)十二歲以下兒童，得每年申請補助一次。 (二)申請兩側補助者，其補助金額按左列基準倍數計算。 (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)、保固年限及起迄日

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	補助對象及相關規定
						期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱及統一編號及負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
	九〇三	市售鞋大底加高(單支)	五百	三	不需評估	補助對象： (一)肢障者。 (二)具肢障之多重障礙者。
	九〇四	兒童量製輪椅	三萬二千五百	三	甲類	一、補助對象：須符合下列條件之一，且為十八歲以下發展障礙等相關診斷患者(如腦性麻痺、肌肉萎縮症等)： (一)重度以上肢體障礙者。 (二)植物人。 (三)具上列任一種障礙之多重障礙者。 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。 三、規格或功能規範： (一)輪椅座深及座寬須可調整。具有二英吋以上座深調整、二英吋以上座寬調整並可依個別化需求設定座背靠角度之設計。 (二)須有坐姿可調整機構(可傾斜或可空中傾倒)。 (三)須有擺位系統如下： 1. 頭靠系統：具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構。 2. 軀幹側支撐：具有依身型調整功能。 3. 硬式坐、背靠墊。 四、其他規定： (一)申請兒童量製輪椅補助者，期限內不得申請輪椅、輪椅附加功能、擺位系統等之補助。 (二)本輔具應檢附圖(照)片。 (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

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	補助對象及相關規定
						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及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及其他必要資訊。
備註	一、依據身心障礙者輔具費用補助辦法第四條規定辦理。 二、本表得參酌市場實際價格自行調整核定補助金額。 三、本表經簽奉核定後實施。					

附註：

- 一、本表之「補助項目」，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、本表輔具補助項目與生活輔具、醫療輔具合併計算，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。