衛生福利部令

中華民國 107 年 8 月 15 日
衛授家字第 1070707418 號

修正「身心障礙者輔具補助基準表及附表－輔具評估報告書」，自即日生效。

附修正「身心障礙者輔具補助基準表及附表－輔具評估報告書」

部　　長　陳時中

身心障礙者輔具補助基準表及附表－輔具評估報告書修正規定

身心障礙者輔具費用補助基準表

目錄

分類序次	輔具分類	項次
一	個人行動輔具 【含推車、手(電)動輪椅、輪椅附加功能及配件、電動代步車、擺位系統、特製汽機車改裝、步行、移位輔具、視障用白手杖】	一至四十二
二	溝通及資訊輔具-視覺相關輔具 【含收錄音機或隨身聽、點字手錶、語音報時器、特製眼鏡、包覆式濾光眼鏡、手持望遠鏡、放大鏡、點字板、點字機、點字觸摸顯示器、擴視機、螢幕報讀軟體、視訊放大軟體、語音手機】	四十三至六十三
三	溝通及資訊輔具-聽覺相關輔具 【含傳真機、行動電話機、影像電話機、助聽器】	六十四至七十
四	溝通及資訊輔具-警示、指示及信號輔具 【含電話擴音器、電話閃光震動器、門鈴閃光器、無線震動警示器、火警閃光警示器、個人衛星定位器】	七十一至七十六
五	溝通及資訊輔具-發聲輔具 【含人工講話器】	七十七至七十八
六	溝通及資訊輔具-溝通相關輔具 【含圖卡兌換溝通系統、低(高)階固定版面型語音溝通器、具掃描功能固定版面型語音溝通器、語音溝通軟體、動態版面型語音溝通器】	七十九至八十四
七	溝通及資訊輔具-電腦輔具 【含網路攝影機、滑鼠或鍵盤介面、吹吸嘴控滑鼠、紅外線貼片感應滑鼠、眼控滑鼠、溝通或電腦輔具用支撐固定器】	八十五至九十一
八	身體、生理及生化試驗設備及材料 【含語音血壓計】	九十二
九	身體、肌力及平衡訓練輔具 【含站立架、傾斜床】	九十三至九十五
十	預防壓瘡輔具 【含減壓座墊各款、氣墊床】	九十六至一〇四
十一	住家及其他場所之家具及改裝組件 【含居家用照顧床、擺位椅、升降桌、爬梯機、居家無障礙設施】	一〇五至一三〇
十二	個人照顧及保護輔具 【含淋浴椅（床）、特殊簡易洗(浴)槽、頭護具、馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅、語音體溫計、語音體重計、衣著用輔具】	一三一至一三八
十三	居家生活輔具 【含飲食用輔具、居家用生活輔具】	一三九至一四〇
十四	矯具及義具 【含義肢及矯具各款、美觀義肢各款、量身訂製之特製鞋、透明壓力面膜、假髮、義眼、義鼻、義耳、義顎、混和義臉】	一四一至一七〇
十五	其他 【含人工電子耳、人工電子耳語言處理設備更新】	一七一至一七二

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	補助相關規定
個人行動輔具	一	※推車-A款	六,〇〇〇	三	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）十二歲以下發展障礙相關診斷患者（如腦性麻痺患者）。 （三）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （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一）。 （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一）。 三、規格或功能規範： （一）專為載送人員設計之推車。 （二）推車-A 款含嬰幼兒推車。 （三）推車-B 款須具四十公斤以上載重能力。 四、其他規定： （一）各款僅能擇一申請。 （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、服務電話及其他必要資訊。另推車-B 款應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
個人行動輔具	二	※推車-B款	一二,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
個人行動輔具	三	輪椅-A 款（非輕量化量產型）	三,五〇〇	三	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）平衡機能障礙者。 （三）植物人。 （四）中度以上失智症者。 （五）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 （六）申請量身訂製輪椅者，上述障別之等級須為重度以上。 二、評估規定：申請「輪椅 C 款-量身訂製型輪椅」須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一）。 三、規格或功能規範：輪椅均應配備骨盆帶，輪椅-B 款應為輕量化材質骨架設計，C 款量身訂製型輪椅並應符合下列規範之一 （一）一百五十公斤以上之載重能力。 （二）十四英吋以下或二十二英吋以上座寬。 （三）具有四英吋以上座深調整、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。 （四）其他經輔具中心輔具評估人員評估認定之規格或功能要求。 四、其他規定： （一）各款僅能擇一申請。 （二）十八歲以下符合補助資格者得二年申請補助一次。 （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。申請輪椅-C 款，保固書註明為量身訂製型者，得免列查驗合格之登記字號。
個人行動輔具	四	輪椅-B 款（輕量化量產型）	四,〇〇〇	三	不須評估	
個人行動輔具	五	※輪椅-C 款（量身訂製型）	九,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
個人行動輔具	六	※輪椅附加功能-A款（具利於移位功能）	五,〇〇〇	三	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）植物人。 （三）重度以上平衡機能障礙者。 （四）重度以上失智症者。 （五）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （一）經身心障礙鑑定醫療機構之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（輔具評估報告書格式編號一）。 （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一）。 三、規格或功能規範： （一）輪椅附加功能-A款：兼具可拆掀式扶手及可拆卸式腳靠以利於移位。 （二）輪椅附加功能-B款：具不及座面連動之椅背仰躺功能（無段式調整），且須配備胸帶及防傾桿。 （三）輪椅附加功能-C款：具及椅背連動之無段式座面空中傾倒功能，及配備胸帶及防傾桿。 四、其他規定： （一）各項輪椅附加功能得依評估結果，搭配B款或C款輪椅同時申請，視為補助一項次。 （二）十八歲以下符合補助資格者得二年申請補助一次。 （三）經評估無法以下肢承重轉位者，得申請輪椅附加功能A款，不受重度肢體障礙之限制。 （四）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。
個人行動輔具	七	※輪椅附加功能-B款（具仰躺功能）	二,〇〇〇	三	甲	
個人行動輔具	八	※輪椅附加功能-C款（具空中傾倒功能）	四,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
個人行動輔具	九	高活動型輪椅	二五,〇〇〇	四	甲	一、補助對象：須符合下列所有條件 （一）下肢重度肢體障礙者。 （二）屬高活動力可自力推行者。 （三）具備良好輪椅操控技巧 （四）具備良好之心肺及肌耐力功能。 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一）。 三、規格或功能規範：須符合下列所有條件 （一）含胎淨重十二公斤以下。 （二）高強度輕量化材質骨架。 （三）手推輪組之外展角度可依使用者需求設定，並具免工具易取快拆功能。 （四）後輪軸心前置或具有可調整至前置位置之功能。 （五）背靠高四十公分以下。 四、其他規定： （一）申請本項補助者於使用年限內不得再申請其他輪椅。 （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。
個人行動輔具	一〇	電動輪椅	五〇,〇〇〇	五	甲	一、補助對象：應符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 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（輔具評估報告書格式編號二）。 三、規格或功能規範：電動輪椅配件-B款（加裝擺位型座椅）之結構應具備
個人行動輔具	一一	電動輪椅配件-A款（加裝沙發型座椅）	五,〇〇〇	五	甲	

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	補助相關規定
個人行動輔具	一二	電動輪椅配件-B 款（加裝擺位型座椅）	一〇,〇〇〇	五	甲	座深（四英吋以上）、座寬（二英吋以上）、座背靠角度可調整功能。 四、其他規定： （一）電動變換姿勢功能指電動後躺、空中傾倒、站立或升降。 （二）非比例式控制器限四肢嚴重癱瘓或精細運動控制不良之重度肢體障礙者申請，傳統比例式搖桿之改裝不適用本項補助。 （三）電動輪椅及電動代步車僅能擇一申請。 （四）電動輪椅配件及電動輪椅同時申請者，視為補助一項次，且電動輪椅配件 A 款及 B 款依評估結果僅能擇一申請。 （五）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。
個人行動輔具	一三	電動輪椅配件-C 款（加裝電動變換姿勢功能）	一〇,〇〇〇	五	甲	
個人行動輔具	一四	電動輪椅配件-D 款（使用非比例式控制器）	二五,〇〇〇	五	甲	
個人行動輔具	一五	電動輪椅電池-五十安培小時（含）以上	四,〇〇〇	三	不須評估	一、補助對象：符合本辦法申請電動輪椅資格者。 二、其他規定： （一）每次補助之數量及單位為一組，一組含二顆電池。 （二）曾依本辦法獲電動輪椅補助者三年後始得申請。
個人行動輔具	一六	電動輪椅電池-五十安培小時以下	二,〇〇〇	三	不須評估	
個人行動輔具	一七	※擺位系統-A 款（平面型輪椅背靠）	一,〇〇〇	三	甲	一、補助對象： （一）重度以上肢體障礙者。 （二）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 （三）植物人。 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

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	補助相關規定
個人行動輔具	一八	※擺位系統-B 款（曲面適形輪椅背靠）	六,〇〇〇	三	甲	估報告書（輔具評估報告書格式編號三）。 三、規格或功能規範： （一）平面型輪椅背靠須含硬式底板及軟墊。 （二）曲面適形輪椅背靠應符合下列所有規範： 1. 適形硬式底板及適形軟墊。 2. 可快速拆裝設計。 3. 可調整深度或角度的嵌入式吊掛系統。 （三）軀幹側支撐架：具有依身型調整功能。 （四）頭靠系統：具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構。 四、其他規定： （一）本項補助須為輪椅或電動輪椅使用者。 （二）十八歲以下符合補助資格者得二年申請補助一次。 （三）申請單支軀幹側支撐架者補助金額減半。 （四）擺位系統 A 款及 B 款僅能擇一申請，依評估結果一次申請二款以上，均視為補助一項次。 （五）擺位系統及輪椅 C 款量身訂製型同時申請者，視為補助一項次。 （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。另量產型產品應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
個人行動輔具	一九	※擺位系統-C 款（輪椅軀幹側支撐架）	三,〇〇〇	三	甲	
個人行動輔具	二〇	※擺位系統-D 款（輪椅頭靠系統）	二,五〇〇	三	甲	
個人行動輔具	二一	電動代步車	二五,〇〇〇	五	甲	一、補助對象：應具自行駕駛電動代步車之能力且符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）重要器官失去功能重度以上者。 （三）多重障礙且符合上列條件之一者。 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

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	補助相關規定
						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四）。 三、規格或功能規範：電動代步車以四輪規格為原則，且兩前輪之輪胎內側距離須大於三十公分。 四、其他規定： （一）電動輪椅及電動代步車，二者間僅得擇一項申請補助。 （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	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）平衡機能障礙者。 （三）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、功能或規格規範： （一）特製機車-A 款，含機車新品及於該車輛加裝輔助後輪。 （二）特製機車-B 款，含機車新品及於該車加裝輪椅直上裝置。 （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。 三、其他規定： （一）A 款及 B 款二者僅能擇一申請補助。 （二）特製機車及機車改裝二者僅能擇一申請。 （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。 （四）請款時須檢附特製車輛之行照影本。 （五）再度申請特製機車（含修訂前之「特
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	

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	補助相關規定
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	製三輪機車」）時，應於請款時檢附原機車報廢證明。 （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。
個人行動輔具	二八	單支枴杖-不鏽鋼	一,〇〇〇	五	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）平衡機能障礙者。 （三）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定：申請帶輪型助步車、姿勢控制型助行器、軀幹前臂支撐型步態訓練器須符合下列條件之一 （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五）。 （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五）。 三、規格或功能規範： （一）帶輪型助步車須完全符合下列功能條件： 1.附手控煞車及煞車鎖定功能。 2.附臨時休憩座位功能。 （二）姿勢控制型助行器:須可調整為前推或後拉方式雙用，以調整步態模式，並須提供下列配件至少二項：1.轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。2.單向只進不退輪或阻力調整輪。3.骨盆側支撐墊。4.骨盆懸吊或座墊。5.前臂支撐配件。 （三）軀幹前臂支撐型步態訓練器:
個人行動輔具	二九	單支枴杖-鋁製	五〇〇	三	不須評估	
個人行動輔具	三十	助行器	八〇〇	三	不須評估	
個人行動輔具	三一	帶輪型助步車（助行椅）	三,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
個人行動輔具	三二	姿勢控制型助行器	六,〇〇〇	三	甲	可藉由前臂支撐、軀幹支撐配件以協助四肢動作控制能力不佳，無法使用一般步行輔具者，並須提供下列配件至少三項：1.轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。2.單向只進不退輪或阻力調整輪。3.踝足分隔配件 4.大腿分隔配件。5.骨盆懸吊或座墊。 四、其他規定： （一）枴杖如依實際需求同時申請雙側使用者，可補助額度依左列基準加倍，並視為補助一項次。 （二）申請軀幹前臂支撐型步態訓練器須為四肢動作控制能力不佳，無法使用一般步行輔具者。 （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。
個人行動輔具	三三	軀幹前臂支撐型步態訓練器	一五,〇〇〇	三	甲	
個人行動輔具	三四	移位腰帶	一,五〇〇	三	甲、丁	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）平衡機能障礙者。 （三）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 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（輔具評估報告書格式編號六）。 三、規格或功能規範： （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。 （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。 （三）移位板可作為坐姿移位時相鄰平面
個人行動輔具	三五	移位轉盤	二,〇〇〇	三	甲、丁	

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	補助相關規定
個人行動輔具	三六	移位板	二,〇〇〇	五	甲、丁	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。 四、其他規定： 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。
個人行動輔具	三七	人力移位吊帶	四,〇〇〇	三	甲、丁	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 （三）植物人。 （四）重度以上失智症者。 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（輔具評估報告書格式編號六）。 三、規格或功能規範 （一）人力移位吊帶至少須有四個提把以利個案於坐姿或臥姿下以人力搬運移位。 （二）移位滑墊-A 款須使用容易滑動之材質以利個案在坐姿下之平行位移並降低及接觸面之摩擦。其寬度、長度至少須達到五十公分以上。 （三）移位滑墊-B 款須使用容易滑動之材質以利個案在臥姿下之平行位移並降低及接觸面之摩擦。其寬度至少須達到四十五公分以上、長度至少須達到一百七十公分以上。 四、其他規定： （一）限居家使用者申請。 （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
個人行動輔具	三八	移位滑墊-A 款	三,〇〇〇	五	甲、丁	
個人行動輔具	三九	移位滑墊-B 款	八,〇〇〇	五	甲、丁	

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	補助相關規定
						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。
個人行動輔具	四十	移位機	四〇,〇〇〇	一〇	甲、丁	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 （三）植物人。 二、評估規定：申請移位機須符合下列條件之一： （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）。 （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）。 三、其他規定： （一）曾依本辦法獲移位機補助者，三年後始得申請移位機吊帶。 （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。
個人行動輔具	四一	移位機吊帶	六,〇〇〇	三	不須評估	
個人行動輔具	四二	視障用白手杖	七〇〇	二	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 二、功能或規格要求： 「收錄音機或隨身聽-B 款(數位型)」應具電子書朗讀功能。 三、其他規定： （一）視障用點字手錶及視障用語音報時器僅能擇一申請。 （二）「收錄音機或隨身聽」A 款及 B 款
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	
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	

<table>
<tr><th>分類</th><th>項次</th><th>補助項目</th><th>最高補助金額（元）</th><th>最低使用年限</th><th>評估人員</th><th>補助相關規定</th></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>四五</td><td>視障用點字手錶</td><td>三,〇〇〇</td><td>五</td><td>不須評估</td><td rowspan="9">僅能擇一申請。
（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。</td></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>四六</td><td>視障用語音報時器</td><td>三〇〇</td><td>三</td><td>不須評估</td></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>四七</td><td>特製眼鏡</td><td>六,〇〇〇</td><td>四</td><td>甲、丁、戊</td></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>四八</td><td>包覆式濾光眼鏡</td><td>四,〇〇〇</td><td>四</td><td>甲、丁、戊</td></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>四九</td><td>手持望遠鏡</td><td>四,〇〇〇</td><td>五</td><td>甲、丁、戊</td></tr>
<tr><td>溝通及資訊-視覺</td><td>五〇</td><td>放大鏡</td><td>二,五〇〇</td><td>五</td><td>甲、丁、戊</td></tr>
<tr><td colspan="6">一、補助對象：須符合下列條件之一
（一）視覺障礙者。
（二）具視覺障礙之多重障礙者。
二、評估規定：須符合下列規定之一
（一）經眼科醫師開立診斷證明書。
（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七）。
三、規格或功能規範：
（一）特製眼鏡：針對屈光矯正、斜視矯正、放大、遠用及近用、延伸視野、防眩光、增強對比等功能須另製、加工、修改或染色者。
（二）包覆式濾光眼鏡：鏡框於上緣、側緣及下緣均應有遮擋光線之包覆設計、有濾光效果、可阻隔藍光及紫外光。
（三）手持望遠鏡：同時載明倍率及口徑、放大倍率在二倍以上、重量三百公克（g）以下。
（四）放大鏡：鏡片規格必須同時載明倍率及屈光度、非球面鏡片、倍率應高於二倍及屈光度高於八。菲涅爾透鏡（Fresnel Lens）不列入補助範圍。
四、其他規定：
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。另特製眼</td></tr>
</table>

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	補助相關規定
						鏡之鏡片應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
溝通及資訊-視覺	五一	點字板	一,八〇〇	一〇	不須評估	一、補助對象：符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 二、評估規定：點字機（打字機）之使用需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）。 三、規格或功能規範： 點字機（打字機）：具六點鍵以及空白、倒退、換行鍵，可調整邊界。 四、其他規定： 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。
溝通及資訊-視覺	五二	點字機（打字機）	三二,〇〇〇	七	甲、丁、戊	
溝通及資訊-視覺	五三	點字觸摸顯示器-A款	五〇,〇〇〇	四	甲、丁、戊	一、補助對象：六歲以上且具點字辨識能力並符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 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（輔具評估報告書格式編號七）。 三、規格或功能規範： （一）點字觸摸顯示器A款應符合以下所有規格：二十方以上且八點顯示、可支援一種以上視窗版中英文視障

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	補助相關規定
溝通及資訊-視覺	五四	點字觸摸顯示器-B款	七〇,〇〇〇	四	甲、丁、戊	用電腦報讀軟體。 （二）點字觸摸顯示器 B 款應含 A 款所有功能及規格，且總重量二公斤以下。 四、其他規定： （一）申請者須具備個人電腦基本配備（含電腦主機、螢幕、鍵盤）。 （二）觸摸顯示器及報讀軟體同時申請時，視為補助一項次。 （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。
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	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 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 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（輔具評估報告書格式編號七）。 三、規格或功能規範： （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。 （二）可攜式擴視機-B 款應符合以下所有規格： 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
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	

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	補助相關規定
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	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。 (三)桌上型擴視機-A 款應符合以下所有規格： 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。 (四)桌上型擴視機-B 款應符合以下所有規格： 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。 (五)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。
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	
溝通及資訊-視覺	五九	視障用螢幕報讀軟體-A 款	三,〇〇〇	六	甲、丁、戊	一、補助對象：六歲以上並符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 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

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	補助相關規定
溝通及資訊-視覺	六〇	視障用螢幕報讀軟體-B 款	六,〇〇〇	六	甲、丁、戊	估報告書（輔具評估報告書格式編號七）。 三、規格或功能規範：應符合以下規格 （一）視障用螢幕報讀軟體-A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器。 （二）視障用螢幕報讀軟體-B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器。 （三）視障用螢幕報讀軟體-C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 pdf 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器。 四、其他規定： （一）申請者須具電腦操作能力並已具備個人電腦基本配備(含電腦主機、螢幕、鍵盤)。 （二）觸摸顯示器及報讀軟體同時申請時，視為補助一項次。 （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。
溝通及資訊-視覺	六一	視障用螢幕報讀軟體-C 款	一二,〇〇〇	六	甲、丁、戊	
溝通及資訊-視覺	六二	視障用視訊放大軟體	一八,〇〇〇	六	甲、丁、戊	一、補助對象：六歲以上並符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 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（輔具評估報告書格式編號七）。 三、規格或功能規範：至少六倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕

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	補助相關規定
						顯示色相可作多模式切換（含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等）放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示。 四、其他規定： （一）申請者須具電腦操作能力並已具備個人電腦基本配備(含電腦主機、螢幕、鍵盤)。 （二）限指數視力（CF-十五公分）以上者(依診斷證明書或輔具評估報告書認定）申請。 （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。
溝通及資訊-視覺	六三	語音手機	四,〇〇〇	三	甲、丁、戊	一、補助對象： （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 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(輔具評估報告書格式編號七）。 三、規格或功能規範：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能。 四、其他規定： 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，並應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼及其他必要資訊。

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	補助相關規定
溝通及資訊-聽覺	六四	傳真機	四,〇〇〇	三	不須評估	一、補助對象：六歲以上並符合下列條件之一 （一）聽覺障礙者。 （二）語言機能障礙者。 （三）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定： （一）申請行動電話機 B 款或影像電話機，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八）。 （二）申請行動電話機-B 款者應經評估確認具讀唇辨讀或手語表達能力。 三、規格或功能規範： （一）行動電話機-B 款：於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能。 （二）影像電話機：除有一般電話機的功能外，另須有影像輸出和輸入功能，且必須提供網路的連接孔。 四、其他規定： （一）行動電話機各款僅能擇一申請。 （二）傳真機及影像電話以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請一台。 （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。另行動電話機應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。
溝通及資訊-聽覺	六五	行動電話機-A 款	二,〇〇〇	三	不須評估	
溝通及資訊-聽覺	六六	行動電話機-B 款（具影像即時傳輸功能）	四,〇〇〇	三	甲、乙、丙、丁	
溝通及資訊-聽覺	六七	影像電話機	五,〇〇〇	三	甲、乙、丙、丁	

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	補助相關規定
溝通及資訊-聽覺	六八	助聽器-A款（口袋型）	四,〇〇〇	三	丙	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）聽覺障礙者。 （二）具聽覺障礙之多重障礙者。 二、評估規定：應符合下列規定之一 （一）經聽力師開立輔具評估報告書（輔具評估報告書格式編號九）。 （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九）。 三、規格或功能規範： （一）A 款口袋型：經連接線連接助聽器及接收器，且接受器之體積不適於懸掛耳後或置於耳內之類比式或數位式之機種，並須具備二個以上音頻控制開關、T 線圈感應功能、音量大小調整開關。 （二）B 款類比式或手調數位式：採類比方式處理聲音訊號或數位型採手調方式調整之助聽器。 （三）C 款數位式：採數位方式處理聲音訊號之助聽器，並符合下列四種以上功能或規格：1.具四個壓縮頻道以上 2.多聆聽程式 3.噪音抑制 4.方（指）向性麥克風 5.迴饋音消除 6.自動情境辨識（切換）功能 7.雙耳同步功能 8.資料記錄 9.學習（可訓練）功能 10.頻率壓縮、搬移 11.及無線傳輸系統相容 12.及遙控裝置相容 13.及線圈系統相容 14.內建實耳測量功能。 四、其他規定： （一）雙耳聽力損失在五十五 dBHL 至一百一十 dB HL 之間補助二只；優耳聽力在五十五 dBHL 至一百一十 dB HL 之間、劣耳聽力劣於一百一十 dB HL 補助一只；聽力損失認定基準為氣導聽力檢查頻率五百 Hz、一
溝通及資訊-聽覺	六九	助聽器-B款（類比式或手調數位式）	七,〇〇〇	三	丙	

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	補助相關規定
溝通及資訊-聽覺	七〇	助聽器-C款（數位式）	一五,〇〇〇	三	丙	千 Hz、二千 Hz 及四千 Hz 之平均閾值。 （二）補助單位為一只，每側於左列年限內以補助一只為限。雙耳聽力損失經評估符合補助二只，得同時或分別申請，均視為補助一項次。 （三）口袋型以補助一只為限。 （四）十二歲以下得每二年申請補助一次。 （五）十八歲以下或二十五歲以下仍在國內學校日間部就學者申請 C 款數位式時，其功能規格若符合該款所列基準六種以上，補助金額得逾左列規定，上限為單耳二萬元，雙耳四萬元。 （六）初次申請時年滿六十五歲以上且非低收入戶者，補助額度以 B 款基準為限。 （七）功能及規格未符合 C 款基準者，補助額度以 B 款基準為限。 （八）已裝置人工電子耳之該耳不得申請。 （九）再度申請時，除 C 款外可免提出聽覺輔具評估報告書；申請 C 款補助額度者應於驗配後三個月內經聽力師出具驗證合格報告（見輔具評估報告書格式編號二十五）始予補助。 （十）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。
溝通及資訊-聽覺	七一	電話擴音器	二,〇〇〇	五	不須評估	一、補助對象： （一）聽覺障礙者。 （二）具聽覺障礙之多重障礙者。 二、其他規定： （一）以共同生活戶為補助單位，每戶僅

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	補助相關規定
溝通及資訊-警示指示及信號	七二	電話閃光震動器	二,〇〇〇	五	不須評估	得申請一台。 （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、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊-警示指示及信號	七三	門鈴閃光器	二,〇〇〇	五	不須評估	
溝通及資訊-警示指示及信號	七四	無線震動警示器	二,〇〇〇	五	不須評估	
溝通及資訊-警示指示及信號	七五	火警閃光警示器	二,〇〇〇	五	不須評估	
溝通及資訊-警示指示及信號	七六	個人衛星定位器	一〇,〇〇〇	二	甲、丁	一、補助對象：須有獨力外出之行動能力，且有走失之虞並符合下列條件之一者： （一）失智症。 （二）智能障礙。 （三）自閉症。 （四）具上列任一種障礙類別之多重障礙。 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十一）。 三、規格或功能規範：應符合下列所有規範或功能之二年服務保用及產品保固 （一）AGPS 之衛星定位。 （二）地點查詢服務。 （三）電池待機超過七十二小時。 （四）緊急求援功能。 （五）雙向通話功能。 四、其他規定： 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

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	補助相關規定
						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。
溝通及資訊-發聲	七七	※人工講話器-一般型	二,〇〇〇	一	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）聲音機能障礙者。 （二）語言機能障礙者。 （三）具上述任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定：申請電子型(電動式)人工講話器限經醫師診斷證明書註明全喉切除或嚴重呼吸發聲功能障礙，無法透過手術重建改善發聲功能，並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）。 三、其他規定： （一）一般型及電子型僅能擇一申請。 （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、服務電話及其他必要資訊。
溝通及資訊-發聲	七八	※人工講話器-電子型(電動式)	二〇,〇〇〇	五	乙	
溝通及資訊-溝通相關輔具	七九	溝通輔具-A 款(圖卡兌換溝通系統)	五,〇〇〇	四	乙	一、補助對象：應符合下列所有資格 （一）智能障礙者、聽覺障礙者、語言機能障礙者、自閉症者、失智症者或上列任一種障礙類別之多重障礙者。 （二）因身心功能損傷造成言語溝通困難，且嚴重影響人際互動及社會參與者，如發展性障礙（含智能障礙、腦性麻痺、自閉症、語言發展遲緩）、後天性障礙（含失語症、腦傷、肌萎縮性脊髓側索硬化症、柏金森氏症、失智症）。 （三）經輔具評估使用溝通輔具對促進溝

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	補助相關規定
溝通及資訊-溝通相關輔具	八〇	溝通輔具-B 款(低階固定版面型語音溝通器)	七,〇〇〇	四	乙	通理解、溝通表達和交談活動表現有幫助者。 二、評估規定： （一）經相關專科醫師開立診斷證明書及語言治療師出具輔具評估報告書（輔具評估報告書格式編號十二）。 （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十二）。 三、規格或功能規範：各款應分別符合下列規範 （一）A 款溝通輔具：本款屬無語音輸出之溝通設備，應包括至少一千個溝通符號之圖卡、句條、圖卡展示和收納設備以及訓練手冊及訓練影片。 （二）B 款溝通輔具：本款屬低階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，並具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能。 （三）C 款溝通輔具：本款屬高階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，至少可錄製一百五十句語音，並具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能。 （四）D 款溝通輔具：本款屬固定版面型語音溝通器，除具重複錄音或記憶溝通訊息及放音功能外，另須提供至少一種掃描功能。 （五）E 款溝通輔具：本款為語音溝通軟體，可安裝於一般電腦，軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，並提供至少一千個溝通符號組，供溝通版面設計之用，軟體須具掃描功能。 （六）F 款溝通輔具：本款屬液晶觸控專用型語音溝通器，應提供版面設計
溝通及資訊-溝通相關輔具	八一	溝通輔具-C 款(高階固定版面型語音溝通器)	一〇,〇〇〇	四	乙	
溝通及資訊-溝通相關輔具	八二	溝通輔具-D 款(具掃描功能固定版面型語音溝通器)	二〇,〇〇〇	四	乙	

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	補助相關規定
溝通及資訊-溝通相關輔具	八三	溝通輔具-E 款(語音溝通軟體)	二〇,〇〇〇	四	乙	軟體且至少有一千個溝通符號，供溝通版面設計之用、重複錄放音及至少二種合成語音及掃描功能。 四、其他規定： （一）B、C、D、E、F 等五款溝通輔具僅能擇一項申請。依評估結果須配合使用「溝通或電腦輔具用支撐固定器」並一併申請者，合併列計補助一項次。 （二）申請 E 款溝通輔具者，須已具備個人電腦基本配備(含電腦主機、作業系統、螢幕、鍵盤)。 （三）申請 E、F 款時，應於輔具評估報告書中檢附三個月以上的語言治療溝通訓練計畫或紀錄，以落實配置本項輔具之目的。 （四）十二歲以下兒童，申請 A、B、C、D 四款時得二年申請補助一次。 （五）溝通輔具除 A 款外，應檢附輔具供應商出具之載明產品規格、型號、序號及功能之保固書影本。 （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。
溝通及資訊-溝通相關輔具	八四	溝通輔具-F 款(動態版面型語音溝通器)	三〇,〇〇〇	四	乙	
溝通及資訊-電腦	八五	電腦輔具-網路攝影機	六〇〇	五	不須評估	一、補助對象：六歲以上並符合下列條件之一 （一）聽覺障礙者。 （二）語言機能障礙者。 （三）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、其他規定：應具備個人電腦基本配備（包括電腦主機、作業系統、螢幕、鍵盤）。
溝通及資訊-電腦	八六	電腦輔具-A 款(滑鼠或鍵盤介面)	三,〇〇〇	五	甲、乙、丁	一、補助對象：肢體障礙或具肢體障礙之多重障礙且無法操作一般鍵盤或滑鼠者。 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
溝通及資訊-電腦	八七	電腦輔具-B 款(滑	六,〇〇〇	五	甲、乙、	

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	補助相關規定
		鼠或鍵盤介面）			丁	估報告書（輔具評估報告書格式編號十三）。 三、規格或功能規範： （一）A 款電腦輔具應符合下列規範之一: 1. 替代性滑鼠:可透過軌跡球、搖桿、觸控板、按鍵或滑輪等方式控制電腦螢幕游標並可透過支援軟體於硬體上設定下列每一種功能:按左鍵一次、按右鍵一次、按左鍵兩次、捲軸及拖曳等功能。 2. 能完整執行鍵盤按鍵功能之迷你鍵盤介面：鍵盤按鍵操作區之長軸小於二十公分。 3. 能完整執行鍵盤按鍵功能之按鍵加大介面：數字鍵及中英文拼音鍵鍵帽之短邊長或直徑大於二點五公分。 4. 鍵盤介面：鍵盤按鍵為內崁型式。 （二）B 款電腦輔具應符合下列規範之一: 1. 替代性滑鼠:可透過軌跡球、搖桿、觸控板、按鍵或滑輪等方式控制電腦螢幕游標，並具備下列每一種功能:按左鍵一次、按右鍵一次、按左鍵二次、拖曳及捲軸等功能，並可支援外接開關操作。 2. 替代性鍵盤:可透過支援的軟體設定自行排列組合按鍵位置或自行定義按鍵功能,或可外接開關操作。 3. 螢幕鍵盤及滑鼠：可透過軟體設定控制電腦螢幕游標並具下列功能之一：自行定義鍵盤之按鍵位置、自行定義組合鍵之功能、鍵盤掃描功能。 四、其他規定: （一）各款僅能擇一申請。 （二）須具備個人電腦基本配備(包括電腦 主機、作業系統、螢幕、 鍵盤)。 （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

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	補助相關規定
						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。
溝通及資訊-電腦	八八	電腦輔具-C 款-吹吸嘴控滑鼠	一五,〇〇〇	五	甲、乙、丁	一、補助對象：應符合下列條件之一 （一）具重度以上肢體障礙者或具重度以上肢體障礙之多重障礙者，因四肢癱瘓以致無法操作一般滑鼠功能者。 （二）申請眼控滑鼠者，應符合前款規定且僅能以眼球動作操作滑鼠者。 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（輔具評估報告書格式編號十三）。 三、規格或功能規範： （一）C 款-吹吸嘴控滑鼠應同時具以吹氣及吸氣控制電腦螢幕游標或可執行滑鼠左右鍵之功能。 （二）D 款-紅外線貼片感應滑鼠應具以移動肢體或五官動作來操控紅外線偵測之反光貼片，以控制電腦螢幕游標並可執行滑鼠左鍵或右鍵之功能。 （三）E 款-眼控滑鼠應具以追蹤瞳孔相對位置來控制電腦螢幕游標並可執行滑鼠左鍵或右鍵之功能。 四、其他規定： （一）須具備個人電腦基本配備(包括電腦主機、螢幕、鍵盤)。 （二）電腦輔具 A 款、B 款、C 款、D 款、E 款僅能擇一申請。 （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。
溝通及資訊-電腦	八九	電腦輔具-D 款-紅外線貼片感應滑鼠	一二,〇〇〇	五	甲、乙、丁	
溝通及資訊-電腦	九〇	電腦輔具-E 款(眼控滑鼠)	一〇〇,〇〇〇	五	甲、乙、丁	
溝通及資訊-電腦	九一	溝通或電腦輔具用支撐固定器	五,〇〇〇	五	甲、乙、丁	一、補助對象：須符合溝通或電腦輔具之補助對象者。 二、評估規定：應符合下列條件之一 （一）經相關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

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	補助相關規定
						告書（輔具評估報告書格式編號十四）。 （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十四）。 三、規格或功能規範： 透過可固定於輪椅、桌上或床架上之夾具，以具三個以上可調角度並可固定關節之連桿系統，支撐並固定溝通輔具、筆記型(或平板)電腦或電腦輔具之各式聯結器，前述可調角度之關節其中至少兩個可各做二百七十度角度旋轉調整，且最少承重二公斤以上。 四、其他規定： (一)依評估結果，須使用電腦輔具或溝通輔具並一併提出申請者，合併列計補助一項次。 (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、服務電話及其他必要資訊。
身體、生理及生化試驗設備及材料	九二	語音血壓計	二,〇〇〇	三	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 二、其他規定： （一）限身心障礙者本人具獨立操作能力者始得申請，並以共同生活戶為補助單位，每戶限申請一台。 （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。

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	補助相關規定
身體、肌力及平衡訓練	九三	※直立式站立架	一二,〇〇〇	五	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）植物人。 （三）智能障礙且無獨立站立能力者。 （四）具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （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）。 （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）。 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： （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。 （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。 （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。 四、其他規定： （一）本項補助限居家使用。 （二）各款站立架僅能擇一申請。 （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
身體、肌力及平衡訓練	九四	※前趴式站立架	一五,〇〇〇	五	甲	
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	

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	補助相關規定
						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。
預防壓瘡	九六	※輪椅座墊-A 款（連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質）	五,〇〇〇	二	甲	一、補助對象：應符合下列條件之一 （一）下半身皮膚感覺或運動機能喪失，容易產生褥瘡者。 （二）於坐姿相關壓力處已有褥瘡者。 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（輔具評估報告書格式編號十六）。 三、規格或功能規範：各款應分別符合下列規範 （一）A 款及 B 款：氣囊數量應大於二十顆，且氣囊高度應大於二英吋。 （二）C 款：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度須大於一英吋。 （三）D 款：「固態凝膠座墊」應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊之二分之一，且其凝膠厚度須大(等)於一英吋。 （四）E 款：「填充式氣囊氣墊座」其高度須大於二英吋。 （五）F 款：「交替充氣型座墊」應含電動空氣幫浦及交替充氣功能之氣囊組。 （六）G 款：應依個別需求取模製作座墊。 四、其他規定： （一）各款僅能擇一申請。 （二）申請 G 款量製型座墊者，其輔具評估報告書書中須載明「須採量製型座墊」。 （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
預防壓瘡	九七	※輪椅座墊-B 款（連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質）	一〇,〇〇〇	二	甲	
預防壓瘡	九八	※輪椅座墊-C 款（液態凝膠座墊）	一〇,〇〇〇	二	甲	
預防壓瘡	九九	※輪椅座墊-D 款（固態凝膠座墊）	八,〇〇〇	五	甲	
預防壓瘡	一〇〇	※輪椅座墊-E 款（填充式氣囊氣墊座）	八,〇〇〇	五	甲	
預防壓瘡	一〇一	※輪椅座墊-F 款（交替充氣型座墊）	五,〇〇〇	三	甲	
預防壓瘡	一〇二	※輪椅座墊-G 款（量製型座墊）	一〇,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
						責人姓名、服務電話，除 G 款外，均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。申請 G 款量製型座墊者，保固書註明為「量身訂製型」，得免列查驗合格之登記字號。
預防壓瘡	一〇三	※氣墊床-A 款	八,〇〇〇	三	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體癱瘓無法翻身且無法自行坐起者。 （二）於臥姿相關受壓處皮膚已有褥瘡者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （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（輔具評估報告書格式編號十七）。 （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十七）。 三、規格或功能規範：氣墊床應具預防褥瘡及減輕褥瘡症狀之效果並符合下列規定： （一）氣墊床-A 款：應含十八管以上具可交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組。 （二）氣墊床-B 款：應含交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組，且須提供保固三年，並須符合以下所有條件： 1.交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑四英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關。 2.氣管為三管交替式。 3.單管材質:「PU 聚氨酯（Polyurethane）」或「PU 聚氨酯（Polyurethane)+尼龍(Nylon)」。 4.單管壓力流量每分鐘四公升（四 L/Min）以上。 5.配有 C.P.R.快速洩氣閥。 四、其他規定： （一）限居家使用者申請。 （二）各款僅能擇一申請。 （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）。
預防壓瘡	一〇四	※氣墊床-B 款	一二,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
						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。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一〇五	居家用照顧床	八,〇〇〇	五	甲	一、補助對象：肢體癱瘓而無法翻身且無法自行坐起者。 二、評估規定：須符合下列條件之一： （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十七）。 （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十七）。 三、規格或功能規範： （一）居家用照顧床床面須為三片以上之設計，至少須具備頭部及腿靠床片升降之功能。 （二）居家用照顧床-附加功能 A 款係指除上述功能外，床面具升降功能。 （三）居家用照顧床-附加功能 B 款係指具電動調整升降功能之產品。 四、其他規定： （一）限居家使用者申請。 （二）居家用照顧床併同附加功能各款申請時，視為補助一項次。 （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或居家用照顧床測試合格之登記字號及其他必要資訊。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一〇六	居家用照顧床-附加功能 A 款（床面升降功能）	五,〇〇〇	五	甲	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一〇七	居家用照顧床-附加功能 B 款（電動升降功能）	五,〇〇〇	五	甲	

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	補助相關規定
住家及其他場所之家具及改裝組件	一〇八	擺位椅-A款	四,〇〇〇	三	甲	一、補助對象：十二歲以下並符合下列條件之一 （一）中度以上肢體障礙者。 （二）具中度以上肢體障礙之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （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（輔具評估報告書格式編號十八），並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求。 （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十八）。 三、規格或功能規範： （一）擺位椅-B款應具有二項以上座椅參數調整功能，並有二項以上擺位配件。 （二）擺位椅-C款應含桌板，且應具有五項以上座椅參數調整功能，並有三項以上擺位配件。 （三）前述座椅參數調整功能包括：座深、座寬、座高、踏板高度、座面角度、座背靠角度、扶手高度、頭靠位置。 （四）前述擺位配件包括：骨盆帶、胸帶、腿帶、側支撐墊、分腿墊、膝前擋板、頭靠。 四、其他規定： （一）各款僅能擇一申請。 （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。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一〇九	擺位椅-B款	八,〇〇〇	三	甲	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一〇	擺位椅-C款	一五,〇〇〇	五	甲	

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	補助相關規定
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一一	升降桌	六,〇〇〇	五	甲、丁	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）重度以上肢體障礙者。 （二）具重度以上肢體障礙之多重障礙者。 二、評估規定：須符合下列條件之一 （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（輔具評估報告書格式編號十八），並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求。 （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十八）。 三、規格或功能規範： （一）升降桌應具有二十公分以上之桌面高度調整功能。 （二）桌面尺寸深度應大於六十公分、寬度大於一百公分，底部空間須可容輪椅進入。 四、其他規定： （一）限居家使用。 （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、服務電話及其他必要資訊。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一二	爬梯機	八〇,〇〇〇	十	甲、丁	一、補助對象：須符合下列條件之一，且無法自行上下樓梯者 （一）重度以上肢體障礙。 （二）植物人。 （三）重度以上平衡機能障礙。 （四）具上列任一種障礙類別之多重障礙。 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十九）。 三、其他規定：

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	補助相關規定
						（一）以身心障礙者實際共同生活戶為補助單位，每戶限申請一台。 （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。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一三	居家無障礙設施-門A款(單處)	七,〇〇〇	十	甲、丁、戊	一、補助對象：須居住於設籍縣市並符合下列條件之一 （一）植物人。 （二）肢體障礙者、視覺障礙者、失智症者、平衡機能障礙者、重要器官失去功能重度以上者、智能障礙重度以上者。 （三）具前款任一種障礙類別之多重障礙者。 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）到宅進行環境及使用需求之評估，並開立輔具評估報告書（輔具評估報告書格式編號十九）。 三、規格或功能規範： （一）「門」之工程分成A、B兩款。 A款：為改變門片類型、門檻降低、順平或剔除、加裝橫式截水槽等任一項或一項以上之工程。 B款：門之加寬、加高、新增、調整位置等任一項或一項以上之工程。 （二）「水龍頭」係指改裝為撥桿式、單閥式或電子感應式。 （三）「固定式斜坡道」係指固定於地面無法移動之斜坡，且材質須為金屬材質或泥做工程，鋪面應有防滑功能且長度達一百五十公分以上。 （四）「非固定式斜坡板」係指可任意移
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一四	居家無障礙設施-門B款(單處)	一〇,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一五	居家無障礙設施-扶手（每十公分）	一五〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一六	居家無障礙設施-可動式扶手（單支）	三,六〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一七	居家無障礙設施-固定式斜坡道	一〇,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一八	居家無障礙設施-非固定式斜坡板A款	三,五〇〇	十	甲、丁、戊	

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	補助相關規定
住家及其他場所之家具及改裝組件	一一九	居家無障礙設施-非固定式斜坡板B款	五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	動之斜坡板，分成A、B、C三款：A款為非輕量化材質，不具可收折及攜帶功能或長度超過三十公分之攜帶式輕量化斜坡板；B款為輕量化材質，具可收折及攜帶功能，長度超過九十公分；C款為輕量化材質，具可收折及攜帶功能，長度超過一百二十公分，且荷重能力達一百八十公斤以上。 （五）改善流理台於可靠近之邊緣二十公分範圍內，至少須有高度六十五公分以上之腿部淨空間。 四、其他規定： （一）同一扇門之A款及B款僅能擇一申請。 （二）扶手針對提供握持部位之長度每十公分補助一百五十元。 （三）隔間以牆面每平方公尺補助六百元。 （四）固定式斜坡道和非固定式斜坡板，於同一處僅能擇一申請補助。 （五）居家無障礙設施全戶最高補助金額：低收入戶最高補助六萬元，中低收入戶最高四萬五千元，非低收入戶及非中低收入戶最高補助三萬元。戶內身心障礙人數每增加一人，全戶可補助額度上限按上列基準增加百分之三十，但全戶最高補助額度不得逾上開基準一點五倍。 （六）戶內有新增身心障礙人口時，於左列年限內曾申請之項目仍得再度申請，全戶補助總額比照(五)之基準。 （七）每次申請之各項目併計為一項次之輔具補助。 （八）各項均以身心障礙者共同生活戶為申請單位。 （九）申請居家無障礙設施改善者，其改善部分如須改變硬體結構者應檢附相關證明文件（含施工前後照片、改善項目及規格說明）及房屋所有權之證明文件影本（非自有房屋者，須附租賃契約書影本、房屋所有權狀影本及屋主出具之施工同意
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二〇	居家無障礙設施-非固定式斜坡板C款	一〇,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二一	居家無障礙設施-水龍頭（單處）	三,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二二	居家無障礙設施-防滑措施（單處）	三,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二三	居家無障礙設施-改善浴缸（新增、改換、移除-居家環境改善含原處填補）	七,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二四	居家無障礙設施-改善洗臉台（槽）（新增、改換、移除-含原處填補）	三,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二五	居家無障礙設施-改善馬桶（新增、改換、移除-含原處填補）	五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	

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	補助相關規定
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二六	居家無障礙設施-改善流理台（新增、改換）	一五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	書），補助單位得審查其施作及核銷內容是否與輔具評估報告書吻合。
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二七	居家無障礙設施-改善抽油煙機（位置調整）	一,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二八	居家無障礙設施-架高式和式地板拆除	五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一二九	居家無障礙設施-隔間	六〇〇	十	甲、丁、戊	
住家及其他場所之家具及改裝組件	一三十	居家無障礙設施-反光貼條或消光處理（單處）	三,〇〇〇	三	甲、丁、戊	
個人照顧及保護	一三一	居家無障礙設施-壁掛式淋浴椅（床）	五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
個人照顧及保護	一三二	居家無障礙設施-特殊簡易洗槽	二,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
個人照顧及保護	一三三	居家無障礙設施-特殊簡易浴槽	五,〇〇〇	十	甲、丁、戊	
個人照顧及保護	一三四	頭護具	六〇〇	二	不須評估	補助對象：須符合下列條件之一 一、智能障礙者。 二、具智能障礙之多重障礙者。 三、張力低、平衡差或常發生癲癇之障礙者。

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	補助相關規定
個人照顧及保護	一三五	馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅	一,二〇〇	三	不須評估	補助對象：須符合下列條件之一 一、肢體障礙者。 二、重度以上失智症者。 三、具上述任一種障礙類別之多重障礙者。
個人照顧及保護	一三六	語音體溫計	三〇〇	三	不須評估	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 二、其他規定： （一）語音體溫計、語音體重計限身心障礙者本人具獨立操作能力者始得申請，並以共同生活戶為補助單位，每戶限申請一台。 （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、服務電話及其他必要資訊。另語音體溫計應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
個人照顧及保護	一三七	語音體重計	一,〇〇〇	三	不須評估	
個人照顧及保護	一三八	衣著用輔具	五〇〇	三	不須評估	一、補助對象：身心障礙者。 二、規格或功能規範： （一）衣著用輔具：指可協助衣著之穿衣桿、穿鞋器、襪輔助器、長柄取物鉗等相關項目。 （二）飲食用輔具：指可協助飲食之特殊刀、叉、湯匙、筷子、杯盤、防滑墊等相關項目。 （三）居家用生活輔具：指有助於居家活動之特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關等相關項目。 三、其他規定： （一）上列各類補助金額為單次補助額度上限。 （二）限居家使用。
居家生活	一三九	飲食用輔具	五〇〇	三	不須評估	
居家生活	一四〇	居家用生活輔具	五〇〇	三	不須評估	
矯具及義具	一四一	※部分手義肢	一〇,〇〇〇	二	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）具肢體障礙之多重障礙者。 二、評估規定：應符合下列規定之一

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	補助相關規定
矯具及義具	一四二	※部分足義肢	一〇,〇〇〇	二	甲	（一）經身心障礙鑑定醫療機構之復健科、骨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、二十一）。 （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、二十一）。 三、其他規定： （一）應先依全民健康保險相關規定申請給付，並達本基準表所定之最低使用年限後，因需要而重新製作者始得申請本項補助。 （二）對同一部位每次申請以給付一項次為限。 （三）美觀手套、腳掌組更換應於新製義肢滿二年後，始得申請。 （四）義肢得依實際需求申請雙側補助，其補助額度得予加倍。 （五）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。
矯具及義具	一四三	※美觀手套	八,〇〇〇	二	甲	
矯具及義具	一四四	※義肢腳掌組	四,五〇〇	二	甲	
矯具及義具	一四五	※腕離斷或肘下義肢	四〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一四六	※踝離斷或膝下義肢	四〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一四七	※肘離斷或肘上義肢	六〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一四八	※膝離斷或膝上義肢	六〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一四九	※肩關節離斷或肩胛骨離斷義肢	七〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五〇	※髖離斷或半骨盆切除義肢	七〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五一	※踝足矯具(踝足支架)	三,五〇〇	三	甲	一、補助對象：須符合下列條件之一 （一）肢體障礙者。 （二）具肢體障礙之多重障礙者。 二、評估規定：應符合下列規定之一 （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
矯具及義具	一五二	※膝踝足矯具(膝踝足支架)	八,〇〇〇	三	甲	

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	補助相關規定
矯具及義具	一五三	※髖膝踝足矯具（髖膝踝足支架）	一〇,〇〇〇	三	甲	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。 （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）。 （三）申請脊柱矯具-脊柱側彎矯正背者，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。 三、規格或功能規範： （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。 （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。 （三）髖膝踝足矯具：須為高溫熱塑材質取模製作或金屬材質，並須跨越髖、膝及踝關節。 （四）肘部或膝部副木：須內含金屬條及固定帶。 （五）髖矯具：須具有限制髖關節內收或屈曲角度之功能。 （六）脊柱矯具-支持性背架：可提供脊柱變形並有惡化可能或影響呼吸功能者支持及保護脊椎之功能。A 款應含金屬立柱、胸帶及骨盆帶，並具限制軀幹動作之設計。B 款須以石膏於軀幹取模，並以高溫熱塑型材料量身訂製。 （七）脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架：根據三點壓力原理製作，而能積極矯正脊柱側彎及旋轉變形之背架，須含量身取模之骨盆固定，並可局部調整壓力。 （八）支架鞋具須與矯具之金屬立柱固定連結，而完整包覆足部，不得僅為托足板形式。 四、其他規定： （一）經全民健康保險給付之矯具，不予補助。
矯具及義具	一五四	※支架鞋具	四,〇〇〇	三	甲	
矯具及義具	一五五	※肘部或膝部副木	一,五〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五六	※髖矯具	六,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五七	※脊柱矯具-支持性背架 A 款	四,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五八	※脊柱矯具-支持性背架 B 款	一〇,〇〇〇	五	甲	
矯具及義具	一五九	※脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架	一五,〇〇〇	五	甲	

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	補助相關規定
						（二）踝足矯具、膝踝足矯具、髖膝踝足矯具、脊柱矯具脊柱側彎矯正背架、脊柱矯具支持性背架、支架鞋具等項目，十八歲以下經輔具中心評估確有更換之需求者，每年得申請一次。 （三）同一部位每次申請以給付一項次為限，依實際需求申請雙側補助時補助額度得加倍計算。 （四）支架鞋具補助單位為一雙，得搭配下肢矯具同時申請，視為補助一項次。 （五）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。
矯具及義具	一六〇	量身訂製之特製鞋A款-單側開楦	八,〇〇〇	二	甲	一、補助對象：應符合下列所有條件 （一）肢體障礙者且經輔具輔助下能獨立步行者。 （二）先天性或疾病所造成足部構造異常者。 （三）市售鞋款無法滿足其合腳需求，而須量腳取模製作者。 二、評估規定：符合下列條件之一 （一）經骨科、復健科或免疫風濕專科醫師根據放射影像開立構造性足關節嚴重變形（非單純之扁平足）之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二十四），並於診斷證明書或輔具評估報告書載明本項輔具需求並註明製作部位。 （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二十四）。 三、規格或功能規範：應依據個別需求取模獨立開楦訂作。
矯具及義具	一六一	量身訂製之特製鞋B款-雙側開楦	一〇,五〇〇	二	甲	

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	補助相關規定
						四、其他規定： （一）經全民健康保險給付部分，不予補助。 （二）十四歲以下得每年申請補助一次。 （三）本項補助金額包含雙腳鞋具。 （四）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。
矯具及義具	一六二	透明壓力面膜	一二,〇〇〇	一	依醫師診斷	一、補助對象：因燒燙傷、皮膚損傷致顏面構造損傷之身心障礙者。 二、評估規定：經整形外科或復健科等相關專科醫師出具診斷證明書，並於診斷證明書載明本項輔具需求。 三、規格或功能規範： 須為個別化取模製作，服貼臉部曲線。 四、其他規定： （一）第一次申請後二年內再度申請者，得免附醫師診斷證明書。二年後仍有需求者，須檢附三個月內開立之診斷證明書始得申請。 （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）、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。
矯具及義具	一六三	假髮	二〇,〇〇〇	四	依醫師診斷	一、補助對象：顏面損傷並因燒傷或外傷造成頭皮缺損而使頭髮無法重新生長者。 二、評估規定：經整型外科或皮膚科等相關專科醫師出具診斷證明書，並於診斷證明書載明本項輔具需求。 三、規格或功能規範：須為全部真髮，採手工植髮方式織造，帽材須選用透氣材料，髮帽須符合使用者頭型。

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	補助相關規定
						四、其他規定： （一）每次至多可申請二件，補助金額上限按左列基準倍數計算。 （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）、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。
矯具及義具	一六四	※義眼	一〇,〇〇〇	五	依醫師診斷	一、補助對象：顏面構造損傷及視覺障礙者。 二、評估規定：經整型外科、眼科、耳鼻喉科或口腔外科等相關專科醫師診斷，並於診斷證明書載明本項輔具需求者。 三、規格或功能規範： （一）須為可接觸人體之矽膠或壓克力、樹脂等材質製作，且外觀須自然並模擬實體之形狀及色澤。 （二）人造眼窩應包含眼球、眼瞼、睫毛、眼窩週邊組織等部位。 四、其他規定： （一）同時申請兩側補助者，其補助金額按左列基準倍數計算。 （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）、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。
矯具及義具	一六五	義鼻	一〇,〇〇〇	一	依醫師診斷	
矯具及義具	一六六	義耳	一二,〇〇〇	一	依醫師診斷	
矯具及義具	一六七	義顎	二〇,〇〇〇	一	依醫師診斷	
矯具及義具	一六八	混和義臉－人造額片	一〇,〇〇〇	一	依醫師診斷	
矯具及義具	一六九	混和義臉－人造頰片	一〇,〇〇〇	一	依醫師診斷	
矯具及義具	一七〇	混和義臉－人造眼窩	二〇,〇〇〇	一	依醫師診斷	
其他	一七一	人工電子耳	六〇〇,〇〇〇	終身一次	乙、丙併同相關專業團隊	一、補助對象：十八歲以上、未滿六十五歲，有口語能力（言語可懂度分級 speech intelligibility rating，SIR 三分以上）且未曾接受全民健康保險人工電子耳給付者之優耳聽力劣於九十 dB HL，且符合下列所有條件： （一）經配戴助聽器及聽能語言復健三個月，效果不佳者，雙耳聽力劣於一百一十 dB HL 者，不在此限。 （二）感覺神經性聽力障礙病史在五年以

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	補助相關規定
						內，或感覺神經性聽力障礙病史超過五年且持續配戴助聽器者；如因成效不佳中斷配戴助聽器，中斷期間不得超過五年。 （三）如屬先天性聽覺障礙者，經電腦斷層或核磁共振攝影確定至少具有一圈完整耳蝸存在且無其他手術禁忌者。 二、評估規定：經耳鼻喉科醫師開立診斷證明書及聽力師、語言治療師、社工師組成之評估團隊（如有必要時加上精神科醫師、心理師）出具輔具評估報告書及術後聽能語言復健計畫書（輔具評估報告書格式二十六）。 三、規格或功能規範：應含包括接收及刺激器及能對聽覺神經提供多頻刺激的電極系列，並經手術植入耳蝸內之植入部份及包括傳輸線圈、接收聲音之麥克風、言語處理器之外置配件。 四、其他規定： （一）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。 （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。
其他	一七二	人工電子耳語言處理設備更新	一〇〇,〇〇〇	十	不須評估	一、補助對象：裝置人工電子耳之聽覺障礙者，其原裝置之人工電子耳語言處理設備機型因原廠停產致原無法繼續使用者。 二、其他規定： （一）接受人工電子耳手術滿五年始得申請。 （二）應由輔具供應商出具原裝置之人工電子耳處理設備機型因原廠停產致無法繼續使用之證明，並註明廠

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	補助相關規定
						牌及更新前後之型號、序號。 （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）、至少十年之保修起迄日期、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。

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。

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女

3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日

5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常 □其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____

10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動

2. 輔具使用環境(可複選)：□居家 □學校 □社區 □職場

3. 輔具使用情境(可複選)：□短訊息閱讀 □長時間閱讀 □資料蒐集 □筆記或記錄 □特定物件辨識 □閱聽新聞 □一般溝通 □其他：_____

4. 目前已使用視覺及相關輔具種類(可複選)：□視障用白手杖 □收錄音機或隨身聽-A 款(一般型) □收錄音機或隨身聽-B 款(數位型) □視障用點字手錶 □視障用語音報時器 □特製眼鏡 □包覆式濾光眼鏡 □手持望遠眼鏡 □放大鏡 □點字板 □點字機(打字機) □點字觸摸顯示器-A 款 □點字觸摸顯示器-B 款 □可攜式擴視機-A 款 □可攜式擴視機-B

款 □桌上型擴視機-A 款 □桌上型擴視機-B 款 □視障用螢幕報讀軟體-A 款 □視障用螢幕報讀軟體-B 款 □視障用螢幕報讀軟體-C 款 □視障用視訊放大軟體 □語音手機 □其他_____

5. 此次申請的視覺輔具 1：_____【尚未使用者免填以下(1)~(4)】

(1)已使用：_____年_____月 □使用年限不明

(2)廠牌規格型號：_____

(3)輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：_____

(4)目前使用情形：

□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用

□其他：_____

此次申請的視覺輔具 2：_____【尚未使用者免填以下(1)~(4)】

(1)已使用：____年____月 □使用年限不明

(2)廠牌規格型號：_____

(3)輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：_____

(4)目前使用情形：

□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用

□其他：_____

6. 身體功能與構造：

(1)過去相關診斷：

□白內障(術前、後) □青光眼 □黃斑部病變 □老年性黃斑部病變 □視神經萎縮

□視網膜色素變性 □視網膜剝離 □糖尿病視網膜病變 □白化症 □弱視

□葡萄膜炎 □外傷 □中風 □腦性麻痺或發展遲緩 □大腦視覺損傷

□其他說明：_____

(2)視覺能力與摸讀能力：

補助項目	必備條件及應檢附表件
點字機(打字機)	本評估報告書
點字觸摸顯示器	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 附件二點字摸讀評估表
特製眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件三驗光報告表
包覆式濾光眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※

補助項目	必備條件及應檢附表件
手持望遠鏡	1. 8 倍以上需試用 2. 本評估報告書 3. 附件一功能性視覺評估表 4. 附件三驗光報告表 ※
放大鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
擴視機	1. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
視障用視訊放大軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 5. 附件一功能性視覺評估表 6. 附件三驗光報告表 ※
視障用螢幕報讀軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書
語音手機	本評估報告書

※首次申請視覺輔具(包覆式濾光眼鏡、手持望遠鏡、放大鏡、擴視機或視障用視訊放大軟體之任一項)或近半年視力有明顯變化者，需檢附「附件三驗光報告表」。

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

□點字機(打字機)之功用：□讀寫訓練 □訊息記錄 □標籤記號 □文書溝通 □其他：_____

□點字觸摸顯示器 A 款：20 方以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用電腦報讀軟體

□點字觸摸顯示器 B 款：含 A 款所有功能及規格，且總重量 2 公斤以下

□特製眼鏡之功用：□近用 □中距離 □遠用 □戶外 □室內 □其他：_____

內容：□屈光矯正 □斜視矯正 □放大(□遠 □中 □近) □延伸視野 □防眩光 □增強對比 □其他：_____

□包覆式濾光眼鏡：□包覆式(□室內，顏色：____色，□戶外，顏色：____色，□閱讀，顏色：____色，□其他：___，顏色：____色)

□手持望遠鏡：超過 8 倍者需進行以下試用

□試用規格_____×_____mm，(_____)

□放大鏡：同時載明倍率與屈光度、非球面鏡片、倍率應高於 2 倍及屈光度高於 8

□文鎮式：_____×_____D，或_____×_____mm

□口袋型：_____×_____D

□手持式：_____×_____D
□站立式：_____×_____D
□手持照明：_____×_____D
□站立式照明：_____×_____D
□其他：_____

□可攜式擴視機 A 款：螢幕尺寸 2.8 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上者

□可攜式擴視機 B 款：螢幕尺寸 3.5 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上，經評估所需以下其他功能配備 3 項以上者
□亮度調整 □對比調整 □望遠 □記憶或儲存畫面 □6.5 吋以上螢幕
□觸控螢幕 □螢幕角度調整 □連接電腦或電視 □書寫支架或把手

□桌上型擴視機 A 款：色彩模式 3 組以上、支援放大與縮小功能且倍率在 30 倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者

□桌上型擴視機 B 款：色彩模式 5 組(如增加藍黃、黑黃或其他組合)以上、支援放大與縮小功能且倍率在 40 倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦，經評估所需以下其他功能配備 5 項以上者
□亮度調整 □對比調整 □望遠 □記憶 □儲存 □托盤 □導引線
□定位指示 □焦距鎖定 □可旋轉鏡頭 □一體成型且螢幕可調整
□與電腦畫面分割

□視障用視訊放大軟體：至少 6 倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕顯示色相可作多模式切換(含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示

□視障用螢幕報讀軟體 A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器

□視障用螢幕報讀軟體 B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器

□視障用螢幕報讀軟體 C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器

□語音手機：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能

□其他電腦相關軟硬體或建議：_____

□其他：_____

2. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要
3. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要
4. 其他建議事項：
□轉介眼科醫師做眼科特定項目檢查或治療，說明：_____
□視覺功能訓練，說明：_____

□居家、職場環境改善建議，說明：_____
□轉介生活重建服務，說明：_____
□其他，說明：_____

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

視覺輔具之建議：

□建議使用，補充說明：_____
- □點字機(打字機)(項次：52)
- □點字觸摸顯示器-A 款(項次：53)
- □點字觸摸顯示器-B 款(項次：54)
- □特製眼鏡(項次：47)
- □包覆式濾光眼鏡(項次：48)
- □手持望遠鏡(項次：49)
- □放大鏡(項次：50)
- □可攜式擴視機-A 款(項次：55)
- □可攜式擴視機-B 款(項次：56)
- □桌上型擴視機-A 款(項次：57)
- □桌上型擴視機-B 款(項次：58)
- □視障用視訊放大軟體(項次：62)
- □視障用螢幕報讀軟體-A 款(項次：59)
- □視障用螢幕報讀軟體-B 款(項次：60)
- □視障用螢幕報讀軟體-C 款(項次：61)
- □語音手機(項次：63)

□不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____　職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

附件一　功能性視覺評估表

一、基本資料

1. 姓名：＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女　生日：＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歲)
2. 評估環境描述：＿＿＿＿＿＿　地點：＿＿＿＿＿＿　天候：＿＿＿＿＿＿
3. 視力是否時好時壞（視力穩定嗎？）：□穩定　□不穩定，需檢附驗光報告表
4. 有無配戴眼鏡：□無 □單焦 □雙焦 □多焦 □隱形眼鏡 □太陽眼鏡(顏色：＿＿)其他：＿＿
   有無幫助：□有，助於：＿＿＿＿　□無，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

二、評估目的：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三、評估項目

1. 一般視力狀況：
   (1)眼睛外觀：
   右眼：□正常 □角膜混濁 □瞳膜、結膜充血 □眼瞼閉合 □其他：＿＿＿＿＿＿
   □眼球震顫，形容情形：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   □斜視：□偏上 □偏下 □偏內 □偏外
   左眼：□正常 □角膜混濁 □瞳膜、結膜充血 □眼瞼閉合 □其他：＿＿＿＿＿＿
   □眼球震顫，形容情形：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   □斜視：□偏上 □偏下 □偏內 □偏外
   (2)有無偏好使用一眼：□無 □右眼 □左眼
   (3)有無轉動眼球、頭、或身體來觀看物體：□無 □有，描述動作：＿＿＿＿＿＿＿＿
   (4)有無瞇著眼睛看東西：□無 □有，形容情形：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   (5)光線敏感度：
   畏光：□無 □有，說明＿＿＿＿＿＿＿＿
   眩光：□無 □有，說明＿＿＿＿＿＿＿＿
   (6)視力可見之最佳天候及最佳時段：
   天候：□無差別 □豔陽 □晴天 □陰天 □雨天
   時段：□無差別 □清晨 □上午 □下午 □黃昏 □晚上
   (7)明/暗適應：□可 □不佳(□戶外←→戶內 □人行道←→騎樓 □大樓、行道樹陰影
   □夜間無路燈或較暗巷道□夜間路燈/車燈/招牌刺眼 □其他：＿＿＿＿＿＿)
   (8)無法表現功能性視覺能力時，請填此項：
   A. 注視能力(眼睛可以停留在某件物品上至少看著三秒鐘)：□可 □有困難(說明：＿＿＿＿＿＿)
   B. 追視(眼睛能一直跟著移動中的物品而移動)：□可 □有困難(說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)
   C. 注視力轉移(眼睛的注視力可從甲物轉到乙物上面)：□可 □有困難(說明：＿＿＿＿＿＿
   ＿＿＿＿＿＿＿＿)
   D. 掃描(眼睛可依循著一個方向找靜態的東西)：□可 □有困難(說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)
   E. 主體背景分辨能力(觀看賣場海報時，可以辨認海報上的其中一項物品)：□可 □有困難(說明：_

_____)

F. 遠近調適力(看到距離三公尺或以上的文字時，可以一邊抬頭看，一邊將其抄寫下來)：□可 □有困難(說明：_____)

2. 遠距離(300公分以上)視覺功能：(觀察或詢問、測量)

(1)遠距離視覺功能表現：

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整) □加光 □減光 □其他調整 說明：_____
□字卡 最佳辨識字型： □標楷體 □細明體 □其他_____	實測距離：　公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____	實測距離：　公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____
□Lea numbers (標準距離300公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： □右眼：_____ □左眼：_____ □雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)：_____ □雙眼：_____
□其他施測方法說明： _____		

(2)最喜歡或必須做的遠距離活動：(說明困難時請具體說明環境光線、視距、欲閱讀的文字大小與顏色對比及執行表現)

□辨認人臉：□順利執行，距離：_____　□有困難，_____

□看黑板/白板：□順利執行，距離：_____　□有困難，_____

□看電影：□順利執行，距離：_____　□有困難，_____

□室內行走：□順利執行 □有困難(□踢、撞到障礙物 □上下樓梯 □其他：_____)

□室外行走：□順利執行 □有困難(□踢、撞到障礙物 □上下樓梯 □其他：_____)

□搭乘公共交通工具：□順利執行 □有困難(□公車 □計程車 □捷運/臺鐵/高鐵 □其他)

□路標、招牌辨識：□順利執行 □有困難，_____

□購物：□順利執行 □有困難，_____

□其他：_____：□順利執行 □有困難，_____

3. 中距離(40至300公分)視覺功能：

最喜歡或必須做的中距離活動：

□看電視：□順利執行，距離：_____ □有困難，_____

□操作電腦：□順利執行 □有困難，_____

(1)操作頻率：_____

(2)螢幕大小：_____吋

(3)眼睛與螢幕之距離：_____公分

(4)螢幕亮度、字體大小和顏色：□有調整，_____ □無調整

(5)游標顏色和大小：□有調整，_____ □無調整

(6)另備輔助工具：□有_____ □無

(7)眼睛與鍵盤之距離：_____公分

(8)鍵盤字體大小及顏色調整：□有調整，_____ □無調整

(9)其他活動_____：□順利執行 □有困難，_____

4. 近距離(40公分以下)視覺功能：

(1)近距離視覺功能表現：□裸視 □矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整) □加光 □減光 □其他調整 說明：_____
□字卡 最佳辨識字型： □標楷體 □細明體 □其他_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____
□Lea numbers (標準距離40公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： □右眼：_____ □左眼：_____ □雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)：_____ □雙眼：_____
□其他施測方法說明： _____		
問題	□漏字或跳行 □行間距影響 □字間距影響 □其他：_____	□漏字或跳行 □行間距影響 □字間距影響 □其他：_____

(2)近距離對比敏感度：

A. 閱讀螢幕資訊時，偏好使用□原色模式 □白底黑字 □黑底白字 □黃底黑字
□其他：(請依上述方式說明)_____

B. 使用擴視機閱讀紙本資料時，偏好使用□原色模式 □白底黑字 □黑底白字 □黃底黑字
□其他：(請依上述方式說明)_____

C. 其他：_____

(3)最喜歡或必須做的近距離活動：

□操作手機/平板：□順利執行 □有困難，_____
眼睛與螢幕之距離：_____公分

□目前喜歡或需要閱讀什麼：□報紙 □一般書籍 □雜誌 □其他：_____
閱讀時間最長可持續：_____分鐘（字體大小：_____公分）

□書寫的字可辨識嗎：□是 □重疊 □寫不直 □大小不一 □其他：_____
書寫距離：□30 公分 □20 公分 □10 公分 □5 公分 □其他_____公分

□其他活動：_____：□順利執行 □有困難，_____

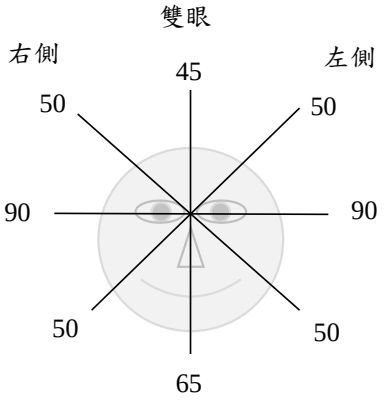
5. 色覺

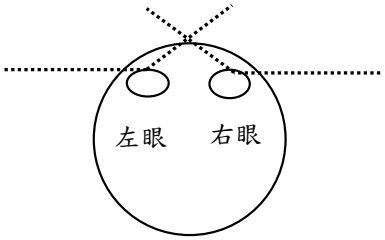
□色票，結果：□正常
□色弱(可辨識□黑 □白 □紅 □橙 □黃 □綠 □藍 □紫 □棕色)

□PV-16，結果：□正常
□紅色弱(盲) □綠色弱(盲) □藍色弱(盲)

6. 視野

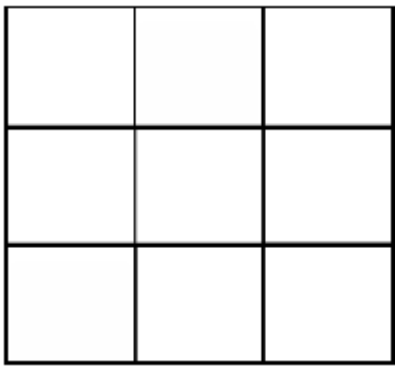
□周邊視野：對坐法，目標物____公分直徑@____公分



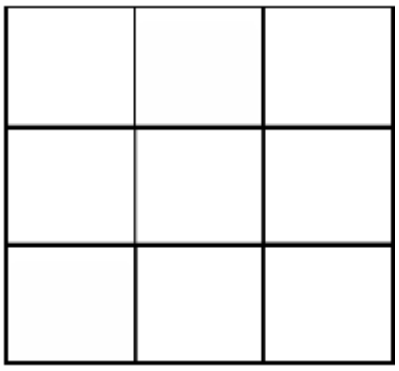


□中心視野：於下方表格標示個案視野範圍

右眼



左眼



四、評估結果統整：（主要記錄「目前可能影響案主的生活和獨立性之視覺功能表現」）

□視力方面：_____

□遠距離視力：_____

□中距離視力：_____

□近距離視力：_____

□視野方面：_____

□對比敏感度：_____

□視野方面：_____

□光線敏感度：_____

□顏色辨識：_____

□眼球動作：_____

□斜視：_____

□震顫：_____

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目編號與名稱：視覺及相關輔具

附件二 點字摸讀評估表

一、基本資料

姓名：＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女　生日：＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歲)

二、點字摸讀能力評估

操作評估	評估結果
1. 手指能平穩擺放於鍵盤上。	□良好 □尚可 □有困難
2. 手指具按鍵能力。	□良好 □尚可 □有困難
點字辨識能力	評估結果
□具點字辨識能力	□摸讀能力優良，可進行有效率的閱讀
	□摸讀能力中等，可進行一般生活閱讀
	□摸讀能力一般，已能摸讀10個注音符號
	□摸讀能力初等，已能摸讀10個英文字母或10個數字
□不具點字辨識能力	不會點字，不具點字摸讀能力

備註：上述點字摸讀能力評估使用以下工具施測：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

其他說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（具點字摸讀潛能者，應協助轉介進行點字訓練。）

評估單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估人員：＿＿＿＿＿＿　職稱：＿＿＿＿＿＿

評估日期：＿＿＿＿＿＿

評估單位用印

輔具評估報告格式編號：07
輔具項目名稱：視覺及相關輔具
附件三 驗光報告表

一、基本資料
姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女　生日：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(＿＿＿歲)

二、主訴疾病與視覺問題：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三、慣用視力檢查：
1. 遠距離視力：

項目	VAsc 裸視視力	VAcc 原眼鏡 矯正視力	Sph 球面度數	Cyl 散光度數	Axis 軸度	Prism 稜鏡度	Base 基底	PD 瞳距
右眼								
左眼								
雙眼								

2. 近距離視力:

項目	VAsc 裸視視力	VAcc 原眼鏡 矯正視力	Sph 球面度數	Cyl 散光度數	Axis 軸度	Prism 稜鏡度	Base 基底	PD 瞳距
右眼								
左眼								
雙眼			使用距離：＿＿＿＿＿＿		公分:＿＿＿＿＿＿			

3. 慣用眼鏡用途及規格註記：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

四、驗光配鏡建議：
1. 遠距離處方：

項目	VA 矯正視力	Sph 球面度數	Cyl 散光度數	Axis 軸度	Prism 稜鏡度	Base 基底	PD 瞳距
右眼							
左眼							
雙眼							

2. 近距離處方：

項目	VA 矯正視力	Sph 球面度數	Cyl 散光度數	Axis 軸度	Prism 棱鏡度	Base 基底	PD 瞳距
右眼							
左眼							
雙眼		使用距離：_____　公分:_____					

3. 其他視覺檢查說明(如斜視、斜位、視野、立體視覺、與色彩視覺)：_____

五、建議：(請從眼鏡配戴、視覺訓練需要與否以及建議輔具使用倍率方面描述)

1. 特製眼鏡建議使用：□屈光矯正 □斜視矯正 □放大(□遠 □中 □近) □望遠 □延伸視野 □防眩光 □增強對比

2. 其他說明、需求或建議：_____

_____

驗光單位(驗光處所全銜)：_____

驗光人員：_____　驗光日期：_____

評估單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：08

輔具項目名稱：行動電話機及影像電話機

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女

3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日

5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常

□其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____

10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動

2. 輔具使用環境(可複選)：□居家 □學校 □社區 □職場

3. 目前使用的行動電話機或影像電話機：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)廠牌規格：_____ 型號：_____

(3)輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：_____

(4)目前使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

□其他：_____

(5)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：□是 □否

4. 主要溝通模式：□口語 □口手語 □手語 □筆談 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	規格
□行動電話機 A 款	無影像即時傳輸功能
□行動電話機 B 款	於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能
□影像電話機	除有一般電話機的功能外，另需有影像輸出和輸入功能，且必須提供網路的連接孔

2. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

4. 其他建議事項：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

行動電話機之建議：

□建議使用，補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□行動電話機-A 款

□行動電話機-B 款(具影像即時傳輸功能)

□不建議使用，理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

影像電話機之建議：

□建議使用，補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□不建議使用，理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估人員：＿＿＿＿＿＿　職稱：＿＿＿＿＿＿

評估日期：＿＿＿＿＿＿

評估單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：09

輔具項目名稱：助聽器

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女

3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日

5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常

□其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____

10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動

□其他：_____

2. 輔具使用環境(可複選)：□家中 □學校 □社區 □職場 □其他：_____

3. 是否配戴過助聽器：□無 □有(廠牌：_____，機型：_____)

(1)已使用：_____年_____月(尚未有助聽器免填) □使用年限不明

(2)現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：_____

(3)輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：_____

(4)目前使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置一款於不同場所使用

□部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

□其他：_____

4. 配戴助聽器前之聽力評估：

(1)純音聽力檢查結果

閾值/分貝 頻率 / 測驗耳	500 Hz				1,000 Hz				2,000 Hz				4,000 Hz			
	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍
右耳																
左耳																
聲場																

※未施測之欄位填寫「DNT」或以斜線畫銷；無法施測之欄位填寫「CNT」；以儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

※如任一頻率動態範圍(不舒適閾減去氣導閾值)不足 60 分貝，該耳建議選配 C 款助聽器。如不舒適閾或氣導閾值無數值致無法計算動態範圍，則填寫「NA」文字或以斜線畫銷。

※無法分耳施測純音聽力檢查時，才併耳施以聲場純音聽力檢查。

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

聲場聽閾平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

(2)語音聽力檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

	閾值(SRT)	最適音量(MCL)	最適音量之語音分變(SD)	其他
右耳	分貝	分貝	%	
左耳	分貝	分貝	%	
聲場	分貝	分貝	%	

※無法分耳施測語音聽力檢查時，才併耳施以聲場語音聽力檢查。

(3)鼓室圖檢查結果：□未檢查 □雙耳無顯著異常 □需轉介醫療處置

中耳炎病史：□無 □有(□右耳 □左耳)

(4) 電生理檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

聽性腦幹反應檢查(ABR 閾值)					單位：分貝(dB nHL)
	寬頻音	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz
右耳					
左耳					
骨導					
穩定誘發聽力檢查(ASSR/SSEP)					單位：分貝(dB eHL)
		500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz
右耳					
左耳					

5. 聽力損失個案史：

發現聽損時間	□0~2 歲 □2~5 歲 □5 歲以上
主要溝通模式	□口語 □口手語 □手語 □筆談 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	□助聽器 A 款(口袋型，6 歲以下不建議使用) □助聽器 B 款(類比式或手調數位式) □助聽器 C 款(數位式)
選配耳	□雙耳選配（口袋型或骨傳導助聽器僅符合「一只」助聽器） □優先選配於右耳 □優先選配於左耳
搭配聽覺輔具	□無相關建議 □無線音訊串流/遠端麥克風系統 □警示指示及信號裝置 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 是否需要接受使用訓練(6 歲以下必須接受使用訓練)：□需要 □不需要

3. 是否需要安排追蹤時間(6 歲以下必須安排)：□需要 □不需要

4. 其他建議事項：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

各項檢查結果：＿＿＿＿＿＿＿＿ □一致 □不一致

助聽器之建議：

□建議使用，補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□助聽器-A 款(口袋型)(6 歲以下不建議使用)

□助聽器-B 款(類比式或手調數位式)

□助聽器-C 款(數位式)

□不建議使用，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估人員：＿＿＿＿＿＿　評估日期：＿＿＿＿＿＿

評估單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：10

輔具項目名稱：人工講話器

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女

3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日

5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常

□其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 聯絡人：_____姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____

10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動

2. 輔具使用環境(可複選)：□居家 □學校 □社區 □職場 □其他：_____

3. 最需要之溝通表達內容(可複選)：□基本需求 □資訊分享 □建立關係 □社交禮儀 □自我溝通
□課業學習 □工作需求 □醫療服務 □社區應用
□其他：_____

4. 目前使用的人工講話器：

(1)□一般型(氣動式)人工講話器（已使用：_____年_____月 □使用年限不明）
（使用效能滿意度:□很好 □尚可 □不佳_____）

□電子型(電動式)人工講話器（已使用：_____年_____月 □使用年限不明）
（使用效能滿意度:□很好 □尚可 □不佳_____）

□其他_____（已使用：_____年_____月 □使用年限不明）

(2)輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：_____

(3)目前使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

□原輔具使用的溝通效能不佳

□尚可使用，但想嘗試另一種人工講話輔具

□其他：_____

5. 健康狀況：

(1)與輔具使用之相關診斷(可複選)：□喉頭頸癌(_____) □呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、_____) □其他：_____

(2)曾接受過的治療(可複選)：

□手術治療(主手術開刀日期:_____)：

□全喉切除

□咽切除(全、部分)

□食道切除(全、部分)

□舌切除(全、部分)

□頸部淋巴廓清術：□左側□右側

□放射治療□化學治療□其他：_____

(3)目前或曾經罹患下列疾病：□無 □中風 □巴金森氏症 □腦外傷 □運動神經元疾病 □肌肉萎縮症 □失智症 □其他：_____

(4)感官功能：

視知覺：□正常

□異常：□有戴眼鏡效能佳

□有戴眼鏡效能不佳

□未戴眼鏡

聽知覺：□正常

□異常：□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能佳

□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能不佳

□無輔具

(5)呼吸功能：□正常 □氣管造口太小，呼吸不順暢 □功能不佳，需相關輔具輔助呼吸

(6)頸部肌肉組織:□柔軟度尚可 □僵硬,柔軟度不佳 □肥厚 □疤痕 □其他:_____

(7)生活自理及氣管造口清潔照護能力：

□可完全自理

□需協助(□需少部分協助 □大部分需協助 □完全需協助)

目前主要協助者：_____ 與個案關係：_____

年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：□是 □否

6. 口腔構造與功能：

(1)口腔－顏面構造

臉部：□完整 □缺損　下頷：□完整 □缺損

齒列：□完整 □缺損　舌頭：□完整 □缺損

硬顎：□完整 □缺損　軟顎：□完整 □缺損

(2)口腔-動作與功能

雙唇：□會連續發一乂 □可執行 kiss 動作 □閉合不好

舌頭：□會靈活轉動 □能移動但有限制 □無法移動

下頷：□動作協調、正確咀嚼 □只能上下動咀嚼 □開閉緩慢 □張口困難(<35㎜)

顎咽閉鎖功能: □軟顎上提佳 □軟顎上提有限制 □軟顎無法上提

口水控制：□控制良好 □有時流口水 □經常流口水

7. 語言溝通能力

(1)日常語言理解及表達能力：

理解及表達自己的基本資料(回答本評估報告書的第一部分)：□自己獨力完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助

回應日常一般對談：□自己獨力完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助

(2)目前的溝通方式(請依使用率排出順序 1、2、3，1 代表最常使用的方式)：

□筆談 □一般型(氣動式)人工講話器 □電子型(電動式)人工講話器 □食道語/氣管食道語 □肢體動作表情

8. 人工講話器操作使用能力(未使用人工講話器者免填)

(1)一般型(氣動式)人工講話器：□可自己完成操作 □需部份協助，學習效果佳 □操作不佳，須很多協助

使用效能：□很好 □尚可 □不佳，說明：_____

(2)電子型(電動式)人工講話器：□可自己完成操作 □需部份協助，學習效果佳 □操作不佳，須很多協助

使用效能：□很好 □尚可 □不佳，說明：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置

<table>
<tr><th colspan="2">溝通輔具分類</th><th>溝通輔具類別</th><th>建議之溝通輔具產品</th><th>補助相關規定</th></tr>
<tr><td rowspan="2">□</td><td rowspan="2">人工講話器</td><td>人工講話器-
一般型(氣動式)</td><td>□一般型(氣動式)人工講話器</td><td rowspan="2">一般型(氣動式)及電子型(電動式)僅擇一申請</td></tr>
<tr><td>人工講話器-
電子型(電動式)</td><td>□電子型(電動式)人工講話器</td></tr>
<tr><td>□</td><td>其他特殊需求</td><td colspan="3">□一般型(氣動式)人工講話器與氣管造口貼合的軟墊需修整
□其他：_____</td></tr>
</table>

2. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

4. 其他建議事項：_____

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

人工講話器之建議：

□建議使用，補充說明：_____

□一般型(氣動式)人工講話器

□電子型(電動式)人工講話器

□不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____　職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：12

輔具項目編號與名稱：溝通輔具（含語言治療溝通訓練計畫）

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女
3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日
5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓
6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)
_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：
□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢
□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙
□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症
□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症
□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____
□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙
□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常
□其他先天缺陷
7-3. (新制)身心障礙分類系統：
□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛
□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能
□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能
8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度
9. 聯絡人：_____姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____
10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：□居家 □學校 □社區 □職場 □其他：_____
3. 期望使用溝通輔具的溝通目的(可複選)：□表達需求 □分享訊息 □表達社會親密度
□表達社交禮儀 □其他：_____
4. 目前使用溝通輔具(尚未使用者免填)：
(1)已使用：_____年_____月 □使用年限不明
(2)輔具類別與廠牌規格型號：
□A 款-圖卡兌換溝通系統：(廠牌規格型號)_____
□B 款-低階固定版面型語音溝通器：(廠牌規格型號)_____
□C 款-高階固定版面型語音溝通器：(廠牌規格型號)_____

□D 款-具掃描功能固定版面型語音溝通器：(廠牌規格型號)＿＿＿＿＿＿＿＿

□E 款-語音溝通軟體：(廠牌規格型號)＿＿＿＿＿＿＿＿

□F 款-動態版面型語音溝通器：(廠牌規格型號)＿＿＿＿＿＿＿＿

(3)溝通輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

(4)目前使用溝通輔具情形：□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用

□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

(5)主要溝通夥伴 1：＿＿＿＿＿＿ 與個案關係：＿＿＿＿＿＿

能否協助個案使用此輔具：□是 □否

主要溝通夥伴 2：＿＿＿＿＿＿ 與個案關係：＿＿＿＿＿＿

能否協助個案使用此輔具：□是 □否

5. 輔具使用之相關診斷：

□發展性障礙者：□腦性麻痺 □智能障礙 □自閉症 □發展遲緩 □聽覺障礙□視覺障礙

□其他：＿＿＿＿＿＿

□後天性障礙者：□失語症 □腦外傷 □運動神經元疾病 □肌肉萎縮症 □失智症

□聽覺障礙 □視覺障礙 □其他：＿＿＿＿＿＿

6. 語言能力(linguistic competence)：

(1)理解能力

□0 無明顯異常，可以聽懂日常生活、工作及社交等情境中的各種對話、指令與訊息
□1 可聽懂大部分有主題或情境線索的結構性對話或言語訊息
□2 可聽懂簡單的是非問題及指令，亦可以理解部份簡單日常生活對話
□3 經常需要言語提示才能聽懂日常生活中的簡單對話、指令或與自身相關的簡單語彙
□4 完全無法理解言語訊息
□8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(2)口語表達

□0 口語表達沒有困難，且在日常生活、工作及社交活動中，都可以正確使用流利及清晰的言語與人溝通
□1 可以在各種情境中與熟悉或不熟悉的人進行言語溝通，但說話時偶爾會因語句不完整、找字困難、語意不明、語音不清晰、說話不流暢、發聲困難等問題，對日常活動參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度有輕微影響
□2 說話時常因語句簡短不完整、詞不達意、有明顯的語音不清、說話不流暢、發聲困難等問題，以致只有熟悉者才能瞭解其意，對日常生活參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度，造成明顯限制，且有中度影響
□3 口語表達有顯著困難，只能說出片語，且有語意錯誤，或有嚴重語音不清、說話不流暢、發聲困難等問題，以致連熟悉的溝通夥伴也僅能了解其部份意思。常須大量協助，因此，對日常生活參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度造成明顯限制，且有嚴重影響
□4 完全無法以言語表達需求

□8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(3)符號運用能力(準備 5 項熟悉的物品，如：杯子、牙刷、湯匙等，也可以觀察或詢問照顧者。並準備這 5 項物品所對應的符號，包括：縮小物/部分物品、彩色照片、圖片、注音符號和文字)

※評估物品功能性使用(“請做給我看這物品做什麼用？”)

測驗次數	物品名稱	功能性使用
1		□正確 □不正確
2		□正確 □不正確
3		□正確 □不正確
4		□正確 □不正確
5		□正確 □不正確

※理解符號(“這個是_____?”隨機呈現物品不同的符號)

測驗次數	物品名稱	縮小物/部份物品	彩色照片	圖片	注音符號	文字
1		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
2		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
3		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
4		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
5		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確

※符號配對(“哪一個符號與這物品一樣?”隨機呈現物品不同的符號)

測驗次數	物品名稱	縮小物/部份物品	彩色照片	圖片	注音符號	文字
1		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
2		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
3		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
4		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確
5		□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確	□正確 □不正確

※一次可處理之語彙訊息量(可由多少語彙訊息中選出正確選項)：□1個 □2個 □4個 □8個 □16個 □32個以上

(4)輔助性符號句構「溝通-表達」活動表現：運用符號組成句子表達的能力

□0 可以用符號組成句子來傳達訊息，沒有明顯困難
□1 能運用 4 張以上的符號來傳達大部份訊息，但對複雜或需要結構性的想法，仍有表達上的困難
□2 能運用 4 張符號來傳遞部份訊息
□3 能運用 2-3 張符號組合傳遞訊息
□4 完全無法運用符號組合來傳遞訊息
□8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

7. 操作能力(operational competence) (請以附件進行)

(1-1)最佳操作部位：

上肢(右、左)：□手指 □手掌 □手肘 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

下肢(右、左)：□腳趾 □腳跟 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

□頭 □眼睛 □嘴巴 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

(1-2)設備：□頭控滑鼠 □眼控滑鼠 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

(1-3)調整：□副木 □鍵盤護框 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

(1-4)負面影響：＿＿＿＿＿＿＿＿

(1-5)符號選項特殊性(如大小、數量、空間、與身體相對位置)：＿＿＿＿＿＿＿＿

(1-6)其他意見：＿＿＿＿＿＿＿＿

(2)溝通技術：

□直接選擇

□掃描選擇

特殊開關：□大(____個) □中(____個) □小(____個)

□聲音掃描 □語音掃描 □視覺掃描 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

溝通輔具分類		溝通輔具類別	建議符號	補助相關規定
□	溝通圖卡	溝通輔具-A 款 (圖卡兌換溝通系統)	□縮小物/部分物品 □彩色照片 □圖片 □注音符號 □文字	本款屬無語音輸出之溝通設備，應包括至少 1,000 個溝通符號之圖卡、句條、圖卡展示和收納設備以及訓練手冊與訓練影片
□	語音溝通器/軟體	溝通輔具-B 款 (低階固定版面型語音溝通器)	□縮小物/部分物品 □彩色照片 □圖片 □注音符號 □文字	本款屬低階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，並具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能
		溝通輔具-C 款 (高階固定版面型	□縮小物/部分物品 □彩色照片	本款屬高階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，至

		語音溝通器)	□圖片 □注音符號 □文字	少可錄製 150 句語音，並具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能
		溝通輔具-D 款 (具掃描功能固定版面型語音溝通器)	□縮小物/部分物品 □彩色照片 □圖片 □注音符號 □文字	本款屬固定版面型語音溝通器，除具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能外，另需提供至少一種掃描功能
		溝通輔具-E 款 (語音溝通軟體)	□彩色照片 □圖片 □注音符號 □文字	本款為語音溝通軟體，可安裝於一般電腦，軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，並提供至少 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用，軟體需具掃描功能
		溝通輔具-F 款 (動態版面型語音溝通器)	□彩色照片 □圖片 □注音符號 □文字	本款屬液晶觸控專用型語音溝通器，應提供版面設計軟體(至少有 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用)、重複錄放音及至少兩種合成語音功能
□	其他特殊需求	□作業系統協助工具設定 □其他：________		

2. 相關操作介面建議：
   (1)滑鼠指標操控輔具(可複選)：□搖桿滑鼠 □軌跡球 □觸控型無線簡報器 □觸控螢幕 □頭控滑鼠 □吹吸嘴控滑鼠 □眼控滑鼠 □微軟滑鼠設定 □其他：________
   (2)其他操作介面輔具：□語音控制/輸入 □手寫板輸入 □其他：________
3. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要
4. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要
5. 其他建議事項：________

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

溝通輔具之建議：

□建議使用，補充說明：________
- □A 款(圖卡兌換溝通系統)
- □B 款(低階固定版面型語音溝通器)
- □C 款(高階固定版面型語音溝通器)
- □D 款(具掃描功能固定版面型語音溝通器)
- □E 款(語音溝通軟體)
- □F 款(動態版面型語音溝通器)

□不建議使用，理由：________

評估單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評估人員：＿＿＿＿＿＿　職稱：＿＿＿＿＿＿

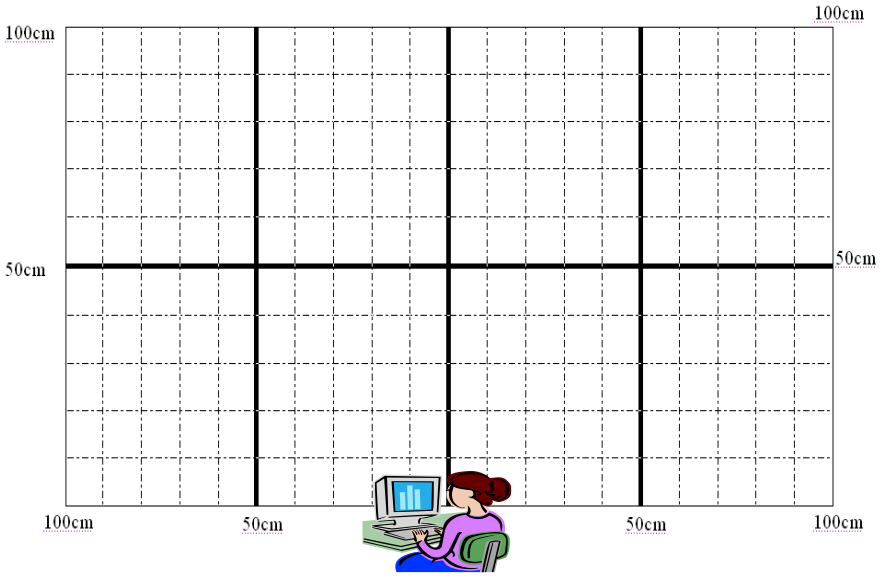
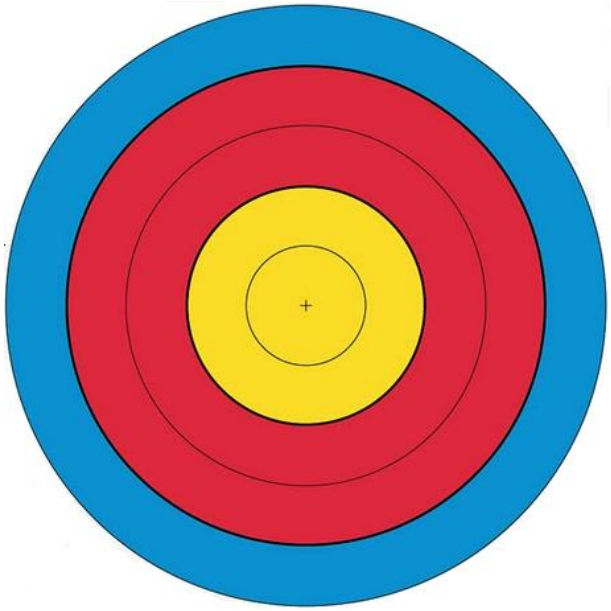
評估日期：＿＿＿＿＿＿

評估單位用印

輔具評估報告格式編號：12

輔具項目編號與名稱：溝通輔具

附件 溝通輔具操作能力(operational competence)

<table>
<tr><td>操作域（依操作範圍繪製）</td><td> 
</td></tr>
<tr><td></td><td>最佳操作部位：
□手(□左/□右) (□手指/□手掌/□手肘)
□腳(□左/□右) (□腳趾/□腳跟)
□其他：_____</td></tr>
<tr><td>壓按點選最佳準確度（記錄三次最佳之落點）</td><td>  </td></tr>
</table>

語言治療溝通訓練計畫

（本計畫配合申請溝通輔具 E 款及 F 款使用）

□申請 E 款（語音溝通軟體）　□申請 F 款（動態版面型語言溝通器） 溝通訓練與語言治療計畫期程：＿＿＿＿個月，未來將視個案之學習狀況再行調整。	
目標	內　　容

(表格不敷使用，請自行增列)

單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

語言治療師：＿＿＿＿＿＿

填表日期：＿＿＿＿＿＿

單位用印

輔具評估報告書（使用效益驗證）

輔具評估報告格式編號：25

輔具項目名稱：助聽器

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女

3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日

5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常 □其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____

10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、驗證內容

1. 助聽器資料(請填寫)：

	款式	販售公司	廠牌	型號	序號
右耳					
左耳					

2. 助聽器效益驗證結果：

	助聽器效益	測量方式（擇一執行）
右耳	□有效益 □效益不佳	□實耳測量 □無法實耳測量，採耦合器測量 □無法執行上述兩項測量，採聲場中功能增益值測量

		□聲場中語音辨識測驗（不可單獨執行，需搭配上述其中一項）
左耳	□有效益 □效益不佳	□實耳測量 □無法實耳測量，採耦合器測量 □無法執行上述兩項測量，採聲場中功能增益值測量 □聲場中語音辨識測驗（不可單獨執行，需搭配上述其中一項）

3. 助聽器驗證結果【請聽力師附上列驗證報告(黏貼或列印)】：

三、驗證結果

1. 助聽器配戴效益：
   □具改善聽力之效果
   □改善聽力之效果不佳【建議暫不予補助】
      □建議由原輔具供應商再調整設定
      □建議由原輔具供應商更換為符合需求之助聽器
      □其他，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   □不具改善聽力之效果【建議暫不予補助】
2. 購置之助聽器規格是否與輔具評估之「規格配置建議」相符：
   □符合【保固書所載資料符合補助規定】
   □不符合
      □建議補助原輔具評估「規格配置建議」款別之額度
      □建議請原輔具供應商提供詳細原廠規格文件，以判別是否符合
      □建議不予補助，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
3. 購置之助聽器規格是否與輔具供應商出具之保固證明書相符：
   □符合【助聽器機身標示序號與保固書載明序號相符】
   □不符合【建議不予補助】
      請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

檢核單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

檢核人員：＿＿＿＿＿＿　職稱：＿＿＿＿＿＿

檢核日期：＿＿＿＿＿＿

驗證單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：26

輔具項目編號與名稱：人工電子耳(含術後聽能語言復健計畫書)

一、基本資料

1. 姓名：_____　2. 性別：□男　□女
3. 國民身分證統一編號：_____　4. 生日：_____年_____月_____日
5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓
6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)
_____縣(市)_____鄉鎮市區____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號___樓
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：
□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢
□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙
□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症
□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症
□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____
□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙
□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常
□其他先天缺陷
7-3. (新制)身心障礙分類系統：
□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛
□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能
□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能
8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度
9. 聯絡人：_____姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____
10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、術前評估

1. 聽障病史：
(1)發現失聰年齡：_____歲_____個月（_____年_____月_____日發現）
(2)發現雙耳極重度感覺神經性聽力障礙病史至今：□5 年(含)以內 □超過 5 年
(3)聽障發生原因：□先天性 □後天性，原因：_____
(4)術前接受聽語訓練：□有，訓練單位：_____(_____年_____月)
□其他_____
2. 輔具使用狀況：
※右側
□尚未使用
□已使用：_____年_____月

使用項目:_____

初配日期: _____年_____月_____日

是否中斷使用: □是，_____年 □否

(1)現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：

（現有助聽器廠牌：_____型號：_____）

(2)現有人工電子耳廠牌：_____型號：_____

※左側

□尚未使用

□已使用：_____年_____月

使用項目:_____

初配日期: _____年_____月_____日

是否中斷使用: □是，_____年 □否

(1)現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：

（現有助聽器廠牌：_____型號：_____）

(2)現有人工電子耳廠牌：_____型號：_____

3. 術前語言可懂度分級(Speech intelligibility rating, SIR)：

分級	判別標準	評估結果 (請擇一勾選)
5	一般人可以輕易聽懂個案日常對話的內容	
4	聽者只要有稍微接觸過聽損者的經驗，就可以聽懂個案的溝通語言	
3	聽者在專心和讀唇下，可以聽懂個案的溝通語言	
2	整體而言，個案語言表達無法讓聽者理解，但在了解談話內容和讀唇提示下，聽者可以了解對話當中的一些單音	
1	個案只有一些無法辨識的語音或發音，主要溝通方式為手語或手勢	

※通過分數：3 分(含)以上。

4. 人工電子耳手術前之聽力評估：

(1)裸耳純音聽力檢查結果,可信度:□一致 □不一致　　單位:分貝(dB HL)

閾值/分貝 頻率 / 測驗耳	250 Hz	500 Hz		1,000 Hz		2,000 Hz		4,000 Hz	
	氣導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導
右耳									
左耳									

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

(2)助聽後語音聽力檢查結果：

	閾值(SRT)	語音分辨(SDS)
右耳	_____分貝	在_____分貝時正確率為_____%
左耳	_____分貝	在_____分貝時正確率為_____%

(3)鼓室圖檢查結果：□無 □A 型 □B 型 □C 型 □As 型 □Ad 型

中耳炎病史：□無 □有

(4)聽性腦幹反應檢查結果(Tone burst 或 Click ABR)：

	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz	click	
右耳(dB nHL)	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	□大於 90 分貝
左耳(dB nHL)	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	□大於 90 分貝

5. 人工電子耳手術前之理學檢查及影像學評估：(由醫師填寫，電腦斷層和核磁共振檢查至少擇一執行)

(1)耳部外觀：外耳道(□正常 □異常_____)、耳膜□正常 □異常_____)

(2)電腦斷層：中耳腔(□正常 □異常_____)、耳蝸(□正常 □異常_____)、聽神經骨管(□正常 □異常_____)

(3)核磁共振：耳蝸(□正常 □異常_____)、聽神經(□正常 □異常_____)、腦部(□正常 □異常_____)

6. 人工電子耳手術前之語言治療評估：(由語言治療師評估)

(1)溝通評估：

I. 溝通模式評估：□聽覺及口語 □讀唇及口語 □手語 □讀寫 □全溝通法 □其他_____

II. 溝通修補策略：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

(2)口語理解評估：

I. 封閉式

□詞彙理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

□語句理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

II. 開放式

□詞彙理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

□語句理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

(3)口語表達評估：

I. 表達能力：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

II. 語句表達：□有 □無

III. 嗓音：音質□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

音量□太大 □大 □剛好 □小 □太小

IV. 流利度：□正常 □語暢異常 □無

V. 構音評估：子音正確率(PCC)=_____ %

VI. 清晰度：□正常 □有構音但不影響清晰 □有構音問題且影響清晰度 □無表達能力

7. 人工電子耳手術前之社會心理評估：(由社工師評估)

7-1 家庭評估：

(1)家庭圖：

(2)家庭動力評估：

I. 主要決策者：□本人 □配偶 □子女 □父 □母 □手足 □其他_____

II. 家庭的決策方式：□家庭討論 □主要決策者決定 □其他_____

III. 主要決策者對手術的支持度：□高度支持 □支持 □猶疑中 □不支持

IV. 到場家屬的互動觀察：□熱絡 □冷漠

7-2 個案現況：

生活作息：□規律 □不規律

就業中：□是，職業：_____ □否

就學中：□是，學校：_____ □否

是否能獨力照顧助聽器：□是 □否

7-3 協同照顧能力評估(如無協同照顧者則免填)：

協同照顧者(稱謂)：_____

對已有助聽器的照顧方式、聽損以及口語復健的態度：□可配合 □無配合意願

替代照顧人力安排：□有 □無

7-4 社會資源評估：

(1)政府補助

□有，來源_____

□無

(2)連結民間資源申請

□有，來源_____

□無

(3)其他(含親屬協助)：_____

7-5 對人工電子耳認知：

(1)了解手術的原因：□是 □否

(2)核對電子耳的認知：□非常了解 □部分了解 □不了解

(3)對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：_____

8. 人工電子耳手術前之精神狀態評估：(由耳鼻喉科醫師填寫，必要時會診精神科醫師)

□不需會診

□需進一步評估_____

8-1 精神科醫師評估結果：

是否需轉介臨床心理師評估：□需要 □不需要

8-2 臨床心理師評估(請擇一評估)：

(1)心智功能評估(智能評估、發展評估、腦部病變或傷損、廣泛性認知功能、高階認知功能，以及適應功能)

評估項目(請擇一評估)：□智能/發展評估 □廣泛性認知功能/腦部病變或傷損評估

□高階認知功能 □適應功能 □其他_____

使用工具/量表(自選)：_____

該工具/量表之指標分數：_____

結果摘要：_____

□不需要

□需要：□立即 □_____(月/年)後追蹤

(2)心理社會調適功能(情緒與社會發展、社會人際適應、情緒調節、自我概念與認同)

評估項目(請擇一評估)：□情緒與社會發展評估 □社會人際適應/情緒調節評估

□自我概念與認同 □其他_____

□結構式晤談 □使用工具/量表_____(自選)，(指數)_____

結果摘要：_____

□不需要

□需要：□立即 □_____（月/年)後追蹤

(3)精神狀態與危機心理評估(壓力評估、急慢性精神狀態、危機衡鑑）

評估項目(請擇一評估)：□壓力評估/危機衡鑑 □急慢性精神狀態評估

□結構式晤談 □使用工具/量表_____(自選)，(指數)_____

結果摘要：_____

□不需要

□需要：□立即 □_____（月/年)後追蹤

9. 其它：_____

四、評估結果

術前評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可執行】(由醫師填寫)

□建議手術，補充說明：_____

□不建議手術，原因：_____

評估單位：_____

耳鼻喉科醫師：_____　評估日期：_____

聽力師：_____　評估日期：_____

語言治療師：_____　評估日期：_____

社工師：_____　評估日期：_____

精神科醫師：_____　評估日期：_____

心理師：_____　評估日期：_____

評估單位用印

輔具評估報告格式編號：26

輔具項目編號與名稱：人工電子耳

附件 術後聽能語言復健計畫書

術後聽語復健計畫執行內容：(由個案進行術後聽語復健之醫療院所或機構填具)

此次術後聽語復健計畫期程：自____年____月起至____年____月止，計_____個月；預期個案復健期程需_____個月，未來將視個案之學習狀況再行調整。

項　　目	內　　容	評估者簽章	填表日期
人工電子耳調圖(Mapping)聽力檢查暨聽能復健			
語言及溝通			
其他			

申請人(監護人)簽章：_____

醫療院所/機構(戳章)：_____

（不同單位填具該表時，請分別核章）

醫療院所／機構電話：_____

醫療院所／機構住址：_____

完成填表日期：中華民國_____年_____月_____日