

補助基準表單張：語音血壓計

- 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。



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、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	<p>一、補助對象：須符合下列條件之一</p> <ol style="list-style-type: none"> （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 <p>二、其他規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> （一）語音體溫計、語音血壓計、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，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。

個人照顧及保護輔具：語音體溫計、語音體重計

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 三六	語音體溫計	三〇〇	三	不須 評估	<p>一、補助對象：須符合下列條件之一</p> <ol style="list-style-type: none"> （一）視覺障礙者。 （二）具視覺障礙之多重障礙者。 <p>二、其他規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> （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	