

補助基準表單張：義具



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
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 （一）經中央主管機關核可之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 二	※部分足義肢	一〇,〇〇〇	二	甲	
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 四 〇	※髖離斷或半骨盆切除義肢	七〇,〇〇〇	五	甲	