

補助基準表單張：人工電子耳

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
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	<p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> （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。 <p>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、心理師、聽覺障礙類專家學者組成之評估團隊（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）。</p> <p>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。</p> <p>四、其他規定：</p> <ul style="list-style-type: none"> （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。

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
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	<p>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。</p> <p>二、其他規定：</p> <p>(一) 接受人工電子耳手術滿五年始得申請。</p> <p>(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原無法繼續使用之證明，並註明廠牌及更新前後之型號、序號。</p> <p>(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。</p>
其他	一 七 三	人工電子 耳耗材 (含長 線、短 線、線 圈、麥克 風、磁 鐵、耳勾 等…項 目) 費用	一〇,〇〇〇		不須 評估	<p>一、第1次向社會局申請人工電子耳耗材補助者，需檢附由醫師開立註明人工電子耳植入日期之診斷書，以證明植入手術已滿3年，第2次(含)向本市社會局申請者可免附診斷書。</p> <p>二、各項耗材項目需同批1次提出申請。</p> <p>三、12歲(含)以上補助使用年限為兩年，12歲以下兒童補助使用年限為一年。</p> <p>四、中低收入戶與一般戶補助金額為八,〇〇〇。</p>