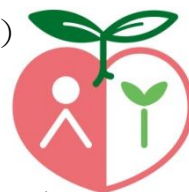


補助基準表單張：移位機

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
個人行動輔具	四十	移位機	四〇,〇〇〇	一〇	甲、丁	<p>一、補助對象：須符合下列條件之一</p> <ul style="list-style-type: none"> （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。 <p>二、評估規定：申請移位機須符合下列條件之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> （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）。 <p>三、規格或功能規範： 本項移位機係指懸吊式移位設備，應包含移位吊帶。</p> <p>四、其他規定：</p> <ul style="list-style-type: none"> （一）限居家使用者申請。 （二）曾依本辦法獲移位機補助者，三年後始得申請移位機吊帶。 （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	四一	移位機吊帶	六,〇〇〇	三	不須評估	