

110 年臺北市政府社會局失能者生活輔助器具及居家無障礙環境改善補助項目一覽表

一、補助基準如下：

第一類：(1)本市列冊低收入戶

(2)本市列冊中低收入戶

(3)領取本市中低老人生活津貼(每月發給 7,463 元)

第二類：(1)領取本市中低老人生活津貼(每月發給 3,731 元)

(2)領有身心障礙者生活補助費

第三類：一般戶

| 生活輔助器具 | | | | | | |
|--------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| | 項 目 | 第一類 最高補 助金額 (元) | 第二類 最高補 助金額 (元) | 第三類 最高補 助金額 (元) | 購置 最低使 用年限 (年) | 補助適用說明 |
| 1 | 馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅 | 1,200 | 1,080 | 840 | 3 | 1. 內容包括：輔具、輔具選用建議、使用說明、輔具各項尺寸調整配置、諮詢等服務。 2. 本項輔具選配服務得由輔具銷售人員逕行提供。 |
| 2 | 柺杖-不銹鋼製 | 1,000 | 900 | 700 | 5 | 1. 內容包括：輔具、輔具選用建議、使用說明、輔具各項尺寸調整配置、諮詢等服務。 2. 本項輔具選配服務得由輔具銷售人員逕行提供。 3. 柺杖如依實際需求同時申請雙側使用者，可給付額度加倍。 |
| 3 | 柺杖-鋁製 | 500 | 450 | 350 | 3 | |
| 4 | 助行器 | 800 | 720 | 560 | 3 | 1. 內容包括：輔具、輔具選用建議、使用說明、輔具各項尺寸調整配置、諮詢等服務。 2. 本項輔具選配服務得由輔具銷售人員逕行提供。 |
| 5 | 助步車 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 3 | 1. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 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。 3. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 6 | 輪椅-A 款(非輕量化量產型) | 3,500 | 3,150 | 2,450 | 3 | 1. 內容包括：輔具、輔具選用建議、輔具各項尺寸調整配置、諮詢等服 |

| | | | | | | |
|----|----------------------|-------|-------|-------|---|---|
| 7 | 輪椅-B 款(輕量化量產型) | 4,000 | 3,600 | 2,800 | 3 | <p>務。</p> <p>2. 本項輔具選配服務得由輔具銷售人員逕行提供。</p> <p>3. 規格或功能規範：輪椅均應配備骨盆帶。</p> <p>4. 輪椅-A 款(非輕量化量產型)、輪椅-B 款(輕量化量產型)、輪椅-C 款(量身訂製型)僅能擇一給付</p> |
| 8 | *輪椅-C 款(量身訂製型) | 9,000 | 9,000 | 9,000 | 3 | <p>1. 本補助項目免部分負擔。</p> <p>2. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 規格或功能規範：輪椅均應配備骨盆帶，並應符合下列規範之一： (1)150 公斤以上之載重能力。 (2)14 英吋以下或 22 英吋以上座寬。 (3)具有 4 英吋以上座深調整、2 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。 (4)其他經輔具中心專業人員評估認定之規格或功能要求。</p> <p>4. 輪椅-A 款(非輕量化量產型)、輪椅-B 款(輕量化量產型)、輪椅-C 款(量身訂製型)僅能擇一給付。</p> <p>5. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 9 | *輪椅附加功能-A 款(具利於移位功能) | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 3 | <p>1. 本補助項目免部分負擔。</p> <p>2. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> |
| 10 | *輪椅附加功能-B 款(具仰躺功能) | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 3 | <p>3. 規格或功能規範： (1)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。 (2)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。 (3)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。</p> |
| 11 | *輪椅附加功能-C 款(具空中傾倒功能) | 4,000 | 4,000 | 4,000 | 3 | <p>4. 本補助須搭配輪椅-B 款(輕量化量產型)或輪椅-C 款(量身訂製型)同時申請。</p> <p>5. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 12 | *擺位系統-A 款(平面型輪椅背) | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 3 | <p>1. 本補助項目免部分負擔。</p> <p>2. 應由專業治療師或輔具評估人員出具</p> |

| | | | | | | |
|----|----------------------------|-------|-------|-------|---|--|
| | 靠) | | | | | 評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 |
| 13 | *擺位系統-B款 (曲面適型輪椅 背靠) | 6,000 | 6,000 | 6,000 | 3 | 3. 規格或功能規範： (1)平面型輪椅背靠須含硬式底板及軟墊。 (2)曲面適形輪椅背靠應符合適形硬式底板及適形軟墊、可快速拆裝設計，以及可調整深度或角度的嵌入式吊掛系統之規範。 (3)軀幹側支撐架：具有依身型調整功能。 (4)頭靠系統：具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構。 4. 本項須為輪椅使用者。 5. 申請單支軀幹側支撐架者補助金額減半。 6. (擺位系統-A款)與(擺位系統-B款)僅能擇一項申請。 7. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 14 | *擺位系統-C款 (輪椅軀幹側支 撐架) | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3 | |
| 15 | *擺位系統-D款 (輪椅頭靠系統) | 2,500 | 2,500 | 2,500 | 3 | |
| 16 | 移位腰帶 | 1,500 | 1,350 | 1,050 | 3 | 1. 本組合由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 適配度評估費用不包含在本組合。 3. 規格或功能規範：移位腰帶之寬度至少須有 10 公分，接觸面不可有銳利部分；且須有 4 個以上之提把可供抓握。 |
| 17 | 移位板 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | 1. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 適配度評估費用不包含在本組合。 3. 規格或功能規範：移位板可作為坐姿移位時相鄰平面之橋板，長度至少須 60 公分、寬度至少須 20 公分、厚度須 1 公分以下。 |
| 18 | 人力移位吊帶 | 4,000 | 3,600 | 2,800 | 3 | 1. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 規格或功能規範：人力移位吊帶至少須有 4 個提把以利個案於坐姿或臥姿下以人力搬運移位。 |
| 19 | 移位滑墊-A款 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 5 | 1. 應由專業治療師或輔具評估人員出具 |

| | | | | | | |
|----|-------------|--------|--------|--------|----|--|
| 20 | 移位滑墊-B 款 | 8,000 | 7,200 | 5,600 | 5 | <p>評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>2. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> <p>3. 規格或功能規範： 滑墊-A 款：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 50 公分以上。 移位滑墊-B 款：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 45 公分以上、長度至少須達到 170 公分以上。</p> |
| 21 | 移位轉盤 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 3 | <p>1. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>2. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> <p>3. 規格或功能規範：移位轉盤之上下兩接觸面須為防滑材質，且整體厚度須 2 公分以下。</p> |
| 22 | 移位機(含移位機吊帶) | 40,000 | 36,000 | 28,000 | 10 | <p>1. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>2. 移位機係指懸吊式電動移位設備，應包含移位機吊帶。</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 23 | 移位機吊帶 | 6,000 | 5,400 | 4,200 | 3 | 需為移位機購置 3 年後，吊帶更換。 |
| 24 | 電話擴音器 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | <p>1. 內容包括：輔具、輔具選用建議、使用說明、設定、諮詢等服務。</p> <p>2. 本項輔具選配服務得由輔具銷售人員逕行提供。</p> |
| 25 | 電話閃光震動器 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | |
| 26 | 火警閃光警示器 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | |
| 27 | 門鈴閃光器 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | |
| 28 | 無線震動警示器 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 5 | |
| 29 | 衣著用輔具 | 500 | 450 | 350 | 3 | 規格或功能規範：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。 |
| 30 | 居家用生活輔具 | 500 | 450 | 350 | 3 | 規格或功能規範：有助於居家活動之特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關、洗衣、備藥、提醒服藥等相關項目。 |
| 31 | 飲食用輔具 | 500 | 450 | 350 | 3 | 規格或功能規範：可協助飲食之特殊 |

| | | | | | | |
|----|------------------------------|--------|--------|--------|---|--|
| | | | | | | 刀、叉、湯匙、筷子、杯盤、防滑墊等相關項目。 |
| 32 | *氣墊床-A款 | 8,000 | 8,000 | 8,000 | 3 | 1. 本補助項目免部分負擔。 |
| 33 | *氣墊床-B款 | 12,000 | 12,000 | 12,000 | 3 | 2. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 3. 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： (1)氣墊床-A款：應含18管以上具可交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組。 (2)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，且購置須提供保固3年，並須符合以下所有條件： a. 交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑4英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關。 b. 氣管為三管交替式。 c. 單管材質：「PU聚氨基酯 (Polyurethane)」或「PU聚氨基酯 (Polyurethane)+尼龍 (Nylon)」。 d. 單管壓力流量每分鐘4公升 (四 L/Min) 以上。 e. 配有 C. P. R. 快速洩氣閥。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 34 | *輪椅座墊-A款 (連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質) | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 2 | 1. 本補助項目免部分負擔。 2. 應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 |
| 35 | *輪椅座墊-B款 (連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質) | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 2 | 3. 規格或功能規範：各款應分別符合下列規範： (1)A款及B款：氣囊數量應大於20顆，且氣囊高度應大於2英吋。 |
| 36 | *輪椅座墊-C款 (液態凝膠座墊) | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 2 | (2)C款：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊2分之1，且凝膠厚度須大於1英吋。 |
| 37 | *輪椅座墊-D款 (固態凝膠座墊) | 8,000 | 8,000 | 8,000 | 5 | (3)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2分之1，且其凝膠厚度須大(等)於1 |
| 38 | *輪椅座墊-E款 | 8,000 | 8,000 | 8,000 | 5 | 英吋。 |

(填充式氣囊氣
墊座)

(4)E 款：「填充式氣囊氣墊座」其高度
須大於 2 英吋。

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|--------|--------|--------|---|--|
| 39 | *輪椅座墊-F 款 (交替充氣型座墊) | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 3 | (5)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。 (6)G 款：應依個別需求取模製作座墊。 |
| 40 | *輪椅座墊-G 款 (量製型座墊) | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 3 | 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 41 | 居家用照顧床 | 8,000 | 7,200 | 5,600 | 5 | 1. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 規格或功能規範：居家用照顧床床面須為 3 片以上之設計，至少須具備頭部及腿靠床片升降之功能。 3. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 42 | 居家用照顧床-附加功能 A 款 (床面升降功能) | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 5 | 1. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 規格或功能規範：居家用照顧床-附加功能 A 款係指床面具升降功能。 3. 需搭配居家用照顧床同時申請。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 43 | 居家用照顧床-附加功能 B 款 (電動升降功能) | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 5 | 1. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 2. 規格或功能規範：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。 3. 需搭配居家用照顧床同時申請。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |

一、同時領有身心障礙手冊或證明者得依身心障礙者輔具費用補助辦法等相關規定申請補助。但輔具未達最低使用年限之相同項目不得重複申請。

二、申請應備文件：

(一)申請書

(二)衛生局核定函影本

(三)評估建議書影本：不須評估建議書項目，依輔具建議項目辦理，申請人逕向照顧管理中心或本局洽詢

(四)發票或收據正本：衛生局失能評估核定日後及評估建議書開立後 3 個月內完成購買或施作(若於核定日前或評估建議書開立前已購買或施作，本局不予補助)

(五)領據

(六)居家無障礙環境改善，需檢附完工後照片及自宅證明

三、每人自核定補助日起,第 2 到 8 級給付額度均為 3 年 4 萬元。

居家無障礙環境改善

| | | | | | | |
|---|----------------|--------|-------|-------|----|---|
| 1 | 扶手 | 150 | 135 | 105 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 修繕標的：樓梯、出入口、通路、廁所、浴室或臥室等活動空間安裝之固定扶手。</p> <p>3. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>5. 扶手針對提供握持部位之長度每 10 公分計算補助金額。</p> <p>6. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 2 | 可動式扶手 | 3,600 | 3,240 | 2,520 | 10 | <p>1. 內容包括：可動式扶手、使用說明、保固等服務。</p> <p>2. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> <p>4. 本組合係按單支計價。</p> <p>5. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 3 | 非固定式斜坡板 A 款 | 3,500 | 3,150 | 2,450 | 10 | <p>1. 輔具適配度評估應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>2. 「非固定式斜坡板」係指可任意移動之斜坡板，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 30 公分之攜帶式輕量化斜坡版；B 款為輕量化材質，具可收折及攜帶功能，長度超過 90 公分；C 款為輕量化材質，具可收折及攜帶功能，長度超過 120 公分，且荷重能力達 180 公斤以上。</p> |
| 4 | 非固定式斜坡板 B 款 | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 10 | |
| 5 | 非固定式斜坡板 C 款 | 10,000 | 9,000 | 7,000 | 10 | |
| 6 | 固定式斜坡道 | 10,000 | 9,000 | 7,000 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 修繕標的：「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。</p> <p>3. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要</p> |

| | | | | | | |
|----|---------------|-------|-------|-------|----|---|
| | | | | | | 者，始得給付。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 7 | 架高式和式地板 拆除 | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 10 | 1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。 2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 3. 修繕標的：消除出入口、通路、臥室、廁所、浴室等生活空間地面局部高低差所進行之修繕，及浴室去除門檻伴隨的截水溝工程，不包含升降設備等藉由動力來消除高低差機器的工程。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 8 | 反光貼條或消光 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 10 | 1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。 2. 修繕標的：樓梯、通路、浴室、廁所或臥房等之地面鋪設穩定且固定止(防)滑材質地面、反光貼條及消光處理、地面改裝伴隨的修補工程。 3. 本組合應由專業治療師或輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 5. 本組合係單處計價。 |
| 9 | 隔間 | 600 | 540 | 420 | 10 | 1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。 2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 3. 隔間以牆面每平方公尺補助 600 元。 |
| 10 | 防滑措施 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 10 | 1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。 2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 3. 本組合係單處計價。 4. 適配度評估費用不包含在本組合。 |
| 11 | 門 A 款 | 7,000 | 6,300 | 4,900 | 10 | 1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。 2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。 |

| | | | | | | |
|----|----------------------------|--------|-------|-------|----|--|
| | | | | | | <p>3. 修繕標的：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。</p> <p>4. 本組合係單處計價。</p> <p>5. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 12 | 門 B 款 | 10,000 | 9,000 | 7,000 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：門之加寬、加高、新增、調整位置等任一項或一項以上之工程。</p> <p>4. 門之改善一處僅能擇一款(A 款或 B 款)申請。</p> <p>5. 組合係單處計價。</p> <p>6. 適配度評估費用不包含在本組合</p> |
| 13 | 水龍頭 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> <p>4. 修繕標的：「水龍頭」係指改裝為撥桿式、單閥式或電子感應式。</p> <p>5. 本組合係單處計價。</p> |
| 14 | 改善浴缸（新增、改換、移除-居家環境改善含原處填補） | 7,000 | 6,300 | 4,900 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：無障礙乾濕分離淋浴隔離設施、拆除浴缸、冷熱水管線新增或遷移、淋浴龍頭新增或遷移等。</p> <p>4. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 15 | 改善洗臉台(槽)（新增、改換、移除-含原處填補） | 3,000 | 2,700 | 2,100 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：洗臉台改換、移除、原處填補。</p> <p>4. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |

| | | | | | | |
|----|----------------------|--------|--------|--------|----|---|
| 16 | 改善馬桶（新增、改換、移除-含原處填補） | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：馬桶之新增、改換、移除、原處填補、蹲式馬桶改坐式馬桶及加裝免治馬桶。</p> <p>4. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 17 | 壁掛式淋浴（床） | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 18 | 改善流理台（新增、改換） | 15,000 | 13,500 | 10,500 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：流理台新增或改換、。</p> <p>4. 改善流理台於可靠近之邊緣 20 公分範圍內，至少須有高度 65 公分以上之腿部淨空間。</p> <p>5. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 19 | 改善抽油煙（位置調整） | 1,000 | 900 | 700 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 修繕標的：抽油煙機高度調整。</p> <p>4. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 20 | 特殊簡易洗槽 | 2,000 | 1,800 | 1,400 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |
| 21 | 特殊簡易浴槽 | 5,000 | 4,500 | 3,500 | 10 | <p>1. 內容包括：修繕細節說明及施工圖、估價、與長照需要者或家人溝通、修繕、保固。</p> <p>2. 本組合應由輔具評估人員出具評估報告，判定為本輔具需要者，始得給付。</p> <p>3. 適配度評估費用不包含在本組合。</p> |

- 一、同時領有身心障礙手冊或證明者得依身心障礙者輔具費用補助辦法等相關規定申請補助。但輔具未達最低使用年限之相同項目不得重複申請。
- 二、申請應備文件：
- (一)申請書
 - (二)衛生局核定函影本
 - (三)評估建議書影本：不須評估建議書項目，依 ADL 或 IADL 評估結果辦理，申請人逕向照顧管理中心或本局洽詢
 - (四)發票或收據正本：衛生局失能評估核定日後及評估建議書開立後 3 個月內完成購買或施作(若於核定日前或評估建議書開立前已購買或施作，本局不予補助)
 - (五)領據
 - (六)居家無障礙環境改善，需檢附完工後照片及自宅證明
- 三、每人自核定補助日起, 第 2 到 8 級給付額度均為 3 年 4 萬元。

| 本市自辦補助項目 | | | | | |
|--|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| **限設籍且實際居住本市之補助對象，其核定每項補助以一次為限。但不計入三年內補助額度上限** | | | | | |
| | 項 目 | 第一類 最高補助 金額(元) | 第二類 最高補助 金額(元) | 第三類 最高補助 金額(元) | 補助適用說明 |
| 1 | 輪椅附件(如安全帶、桌板等) | 833 | 750 | 584 | (ADL)評估平地行走能力小於或等於5分。 |
| 2 | 輪椅防滑墊 | 2,500 | 2,250 | 1,750 | |
| 3 | 爬梯機 | 80,000 | 72,000 | 56,000 | 1. 照顧管理專員評估。 2. 專業治療師出具評估報告與建議輔具之種類及尺寸。 3. 以失能者實際共同生活戶為補助單位，每戶限申請一台。 4. 應檢附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。 |
| 4 | 翻身帶 | 3,000 | 2,700 | 2,100 | (ADL)評估移位能力小於或等於10分或移位能力須使用該輔具方能達到15分者。 |
| 5 | 放大鏡 | 833 | 750 | 584 | 經照顧管理專員評估視力模糊影響閱讀能力者。 |
| 6 | 個人衛星定位器 | 10,000 | 9,000 | 7,000 | 1. 補助對象：年滿50歲，經地區型以上醫院診斷為失智症者(無經照顧管理專員評估) 2. 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 (1) AGPS之衛星定位。 (2) 地點查詢服務。 (3) 電池待機超過七十二小時。 (4) 緊急求援功能。 (5) 雙向通話功能。 3. 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。 |