

罕見疾病病人使用維持生命所需之居家醫療照護器材 相關補助申請流程及表單

壹、前言

為加強照顧罕見疾病病人，補助罕見疾病病人使用維持生命所需之居家醫療照護器材，以提升居家照護品質。請參考下列申請資格、應備文件及申請流程等說明後，於受理期間提出申請。

貳、補助對象：

罹患衛生福利部公告之罕見疾病並由醫師開立證明需要維生用照護器材者。

參、補助項目及標準（依每項醫療器材之租賃價格，低收入戶及中低收入戶全額補助，其他民眾補助80%為上限，最高補助租賃費如下表列，實際費用未達最高補助額者，依實際費用補助之）：

編號	器材項目		醫療器材租賃費		備註
			低收入戶及中 收入最高補助 額（元/月）	非低收入戶 最高補助額 （元/月）	
1	呼吸器		10,000	8,000	罕見疾病病人若已接受政府其他同性質補助或社會保險給付（例如：全民健康保險之居家呼吸照護服務相關給付、身障醫療補助…等），則不得重複申請本項補助。
2	氧氣製造機		4,000	3,200	
3	血氧監 測儀	手指型	750	600	
		掌上型	4,000	3,200	
4	咳嗽（痰）機		10,000	8,000	※血氧監測儀補助以“手指型”為優先原則。

➤ [補助款項說明]：以呼吸器舉例說明

狀況	實際補助費用	一般民眾 （政府補助 80%）	低收入戶或中低收入戶 （政府補助 100%）
實際費用低於補助金額 例如：實際費用：7,000 元/月		$7,000 \times 80\% = 5,600$ 元/月	7,000 元/月
實際費用高於補助金額 例如：實際費用：12,000 元/月		8,000 元/月	10,000 元/月

肆、申請相關規定：

一、申請對象：罕病病人或其法定代理人。

二、申請文件：

(一) 罕見疾病重大傷病卡影本或重大傷病卡核定審查通知書(函)影本(有效期限內，102年(含)後罕見疾病通報審查通過者免附)。

(二) 診斷證明影本(限定需2年內開立，並應註明症狀須使用呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽(痰)等維生設備才可)；

※若有以下診療資料，亦可一併提供：

例如肺功能檢查、或門診或住院中血氧飽和度值、或睡眠生理檢查、或住院中呼吸治療紀錄單等；若無上列數據，或是病人無法執行前開檢查時，亦可由專科醫師提供相關之臨床症狀、徵兆或其他實驗數據等等，以供審查參考。

(三) 居家使用維生用居家醫療照護器材設備之照片(本項僅需首次申請時檢附)

(四) 租賃契約書及付款證明正本(如：出租人簽收之收據、自動櫃員機轉帳交易明細表或匯款證明、發票等)

(五) 切結書

(六) 存摺封面影本(限病人或申請本人之帳戶，以「郵局」存簿帳號為佳)

(七) 低收入戶或中低收入戶證明，需有效期限內(無此資格者免附)

(八) 其他檢附文件

三、個案首次申請之設備經審查通過補助，該項設備在診斷證明2年有效期內，檢附該項設備租賃收據，開放由專案辦公室逕行行政審查後補助。

伍、申請時間：

一、依據中華民國100年4月7日署授國字第1000400309號令修正「罕見疾病醫療補助辦法」第2條第2項規定，維持生命所需之居家醫療照護器材費用補助，溯及自100年1月1日施行。

二、申請資料可隨時送件。

陸、有關申請流程及表格等，請向罕見疾病醫療補助專案辦公室索取或自國民健康署網站下載，網址：<http://www.hpa.gov.tw/> 公告區罕見疾病醫療補助「罕見疾病醫療補助專案辦公室」聯絡資訊如下：

專線電話：(02)2545-9066

傳真電話：(02)2545-9166

地址：(10341)臺北市大同區長安西路 289 號 8 樓-1

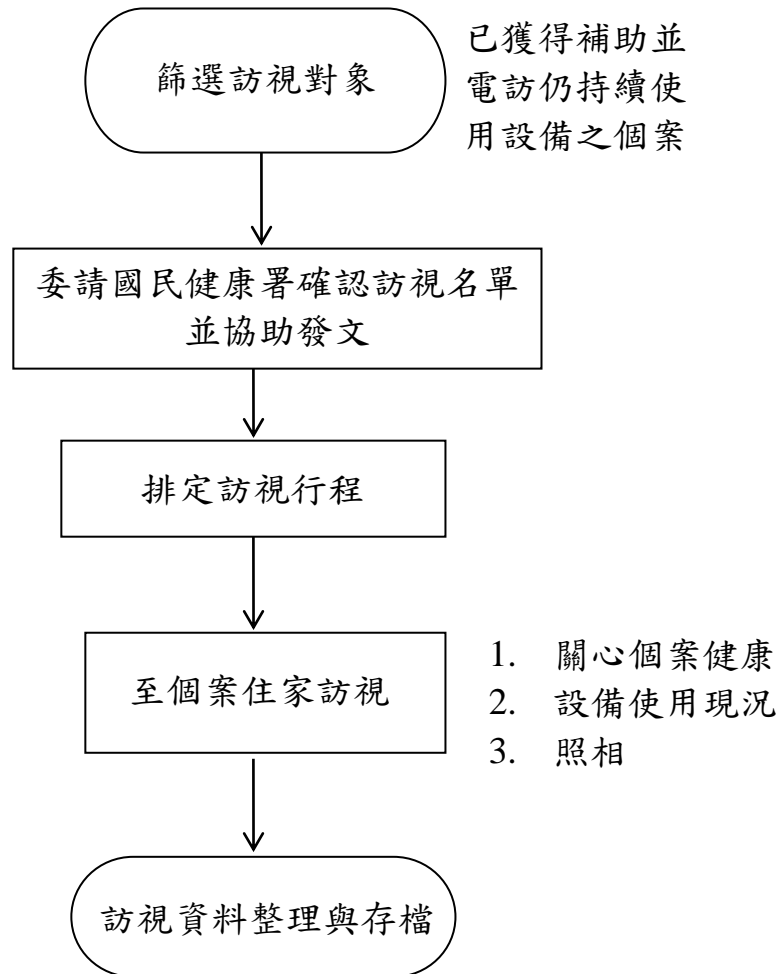
專用 email 帳號：rare_disease@iisigroup.com

柒、居家訪查說明及個案訪查流程表

一、說明：

凡獲得本項補助之個案家庭，國民健康署為關懷受理補助後，仍持續使用相關居家醫療照護器材個案之器材使用衛教宣導，擬辦理居家訪查機制，貼近個案實地了解使用狀況及補助效益，也藉以收集個案回饋建議及實地訪查心得，做為未來改進之方針。

二、個案訪查流程表：



補助維持生命所需之居家照護醫療器材費申請表

【本補助經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

收件日期： 年 月 日 / 收件人：

編號：

法定代理人：	與病人關係	申請補助期間： 年 月 ~ 年 月
補助費領取： <input type="checkbox"/> 病人； <input type="checkbox"/> 法定代理人。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾申請 年度維生居家照護醫療器材補助		
※凡通過居家照護醫療器材費補助之個案，應接受國民健康署所安排之居家訪查。		

基本資料

病人姓名	性別	男： <input type="checkbox"/> 女： <input type="checkbox"/>	身分證字號
出生日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶	核定日期： 年 月 日 核定文號： 字第 號
診斷病名			聯絡電話
聯絡人	<input type="checkbox"/> 同病人	關係	手機
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 市 市區 里 路		
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 市 市區 里 路		

申請醫院資料

申請日期	年 月 日	申請醫院	
申請單位		申請單位	
聯絡人		聯絡電話	
申請單位			
E-mail			
申請醫師		申請醫師	
簽章		聯絡電話	

※請檢附：1. 效期內之罕見疾病重大傷病證明影本(102年(含)後罕見疾病通報審查通過者免附)、2. 醫師開立之診斷證明影本(須2年內開立，並應註明症狀須使用之維生設備)、3. 居家使用所申請醫療照護器材設備之照片(首次申請須檢附)、4. 租賃契約及付款證明正本、4. 費用切結書、5. 受款存摺封面影本、6. 效期內低收入/中低收入戶證明(無此資格者免附)

申請補助項目

請依實際狀況勾選(可複選)：
呼吸器 氧氣製造機 血氧監測儀(手指型 掌上型) 咳嗽(痰)機

審核結果(此欄由審核人員填寫)

<input type="checkbox"/> 資料不全，請補正。補正日期： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 不通過：	
<input type="checkbox"/> 不符申請條件，不同意。理由： _____	
<input type="checkbox"/> 其他。理由： _____	
<input type="checkbox"/> 通過，補助項目如下：	
<input type="checkbox"/> 呼吸器	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
<input type="checkbox"/> 血氧監測儀	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元 (<input type="checkbox"/> 手指型 <input type="checkbox"/> 掌上型)
<input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
補助金額總計： _____ 元	
匯款方式： <input type="checkbox"/> 郵局 (郵局： _____ 戶名： _____ 局號： _____ 帳號： _____)	<input type="checkbox"/> 銀行 (名稱： _____ 戶名： _____ 帳號： _____)
審核日期： 年 月 日	

承辦人員：

業務主管：

單位負責人：

證件黏貼表

【本補助經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

<p>【罕見疾病重大傷病卡】 正面影本 黏貼處</p>	<p>【罕見疾病重大傷病卡】 反面影本 黏貼處</p>
<p>102年(含)後罕見疾病通報審查通過者免附； 若重大傷病卡已註記於IC卡時， 請附上重大傷病卡合併審查通知書(函)影本。</p>	

匯款帳號存摺正面影本黏貼處

病人；法定代理人之帳戶，並請提供最新及正確之帳號以利後續撥款
(若影印不清楚，請自行補充手寫資料)

戶名	銀行/郵局名稱	分行名稱	銀行/郵局代碼	帳號

租賃契約書及付款證明正本黏貼表

【本經費由菸品健康福利捐支應】

※注意事項：

1. 請浮貼如：出租人簽收之收據、自動櫃員機轉帳交易明細表或匯款證明、發票等。
2. 如有新增申請設備，仍須檢附該項設備之租賃證明正本。

-----請沿線浮貼-----

診斷證明黏貼表

【本經費由菸品健康福利捐支應】

※注意事項：

請浮貼兩年內開立之診斷證明影本，並應註明需使用之設備名稱，例如：呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽(痰)機等。如有新增之申請設備，仍須檢附該項設備之診斷證明影本等重新申請。

-----請沿線浮貼-----

照片黏貼表

【本經費由菸品健康福利捐支應】

※注意事項：

1. 本項僅需首次申請時檢附，且申請設備及申請者須同時入鏡。
2. 已申請過者，如有新增申請設備，仍須檢附該項設備之照片。
3. 張數較多者，可自行影印此表格。

申請者	(請簽名)
<p>照片浮貼處</p> <p>申請設備及病人需同時入鏡，並請於照片背面註明病人之姓名。</p>	
設備名稱	
<p>照片浮貼處</p> <p>申請設備及病人需同時入鏡，並請於照片背面註明病人之姓名。</p>	
設備名稱	

補助罕見疾病病人租用

- 呼吸器
 - 氧氣製造機
 - 血氧監測儀
 - 咳嗽(痰)機
- 費用切結書

【本經費由菸品健康福利捐支應】

本人_____ (受公告罕見疾病病人_____之委託)，因疾病醫療需

要租用 呼吸器 氧氣製造機 血氧監測儀 咳嗽(痰)機，向衛生福利部國民健康署申請（代為申請）維持生命所需之居家照護醫療器材費用。

一、茲切結保證租用期間，並未接受政府其他同性質補助或社會保險給付（如：全民健康保險之居家呼吸照護服務相關給付、身障醫療補助等）

二、若患者租賃期間與住院期間重疊，則住院期間概不補助器材租賃費用。

三、為佐證本人確有使用器材之需求，同意國民健康署調閱本人之病歷或醫療相關資料。

四、本人主要就診醫院包括：_____

五、本人授權_____ (醫院名稱) 代為申請，並同意如審查過程中有須補充資料提出說明之需求，國民健康署得逕為函知該院進行補充。

特此聲明，若有虛報不實，經查明者，本人願負法律責任，並同意放棄申請資格，及無條件繳回該項補助經費。

此致

衛生福利部國民健康署

具結人：_____ (簽名或蓋章)

身分證字號：

聯絡住址：

縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
 市 市區 里 路

聯絡電話：_____ 手機：_____

與病人關係：病人本人 法定代理人、監護人或輔助人

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

呼吸器緊急用電名單 授權同意書

【本經費由菸品健康福利捐支應】

為使長期居家使用呼吸器之罕見疾病患者，於停電狀況發生時，可獲得緊急電源、發電機等之援助，衛生福利部國民健康署特此徵求您的意見，如您同意，後續我們會將您的個人資料提供給居住地之直轄市、縣（市）政府，建置轄區內居家使用呼吸器之罕見疾病個案名冊，以作為其於停電時緊急電源、發電機等援助規劃之用。對於前述建置名冊措施，本人：

同意 將本人之個人資料提供居住地直轄市、縣（市）政府造冊，作為停電時緊急電源、發電機等之援助規劃之用，不得作為其他用途。

不同意 將本人之個人資料提供居住地直轄市、縣（市）政府造冊。
此致

衛生福利部國民健康署

具 結 人：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡住址：

聯絡電話：

手機：

與病人關係：病人本人

法定代理人、監護人或輔助人，病人姓名：_____，身分證號：

是否聘僱外籍看護：是 否

中 華 民 國 年 月

