

法規名稱：臺北市政府社會局助聽器輔具檢測費用補助計畫

修正日期：民國 111 年 12 月 15 日

當次沿革：中華民國 111 年 12 月 15 日臺北市政府社會局北市社障字第 1113193397 號令修正發布名稱及全文 8 點；並自 112 年 1 月 1 日生效

（原名稱：臺北市政府社會局助聽器 C 款（數位式）輔具檢測費用補助計畫；新名稱：臺北市政府社會局助聽器輔具檢測費用補助計畫）

一、為協助臺北市（以下簡稱本市）聽覺障礙者減輕助聽器驗配之經濟負擔，依身心障礙者權益保障法第七十一條規定，特訂定本計畫。

二、補助對象係指經臺北市政府社會局（以下簡稱本局）審定符合身心障礙者輔具費用補助辦法及其附表所定助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型補助且已於時效內購置並完成驗證合格報告（輔具評估報告書格式編號二十五）者。

三、補助金額及原則：

（一）補助金額：依身心障礙鑑定醫院助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型驗配檢測之收費單據金額核實補助，每案最高補助新臺幣二千元。

（二）補助原則：助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型輔具最低使用年限內不得重複申請本補助，且本項檢測費用不計入輔具補助每人每二年補助四項之項次計算。

四、申請程序及應備文件：

申請人向本局辦理助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型之輔具費用補助核銷請款時，應一併檢附下列文件提出申請：

（一）助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型驗配檢測醫院之收費單據正本一份（須註明醫院名稱、地址及費用項目）。

（二）由身心障礙鑑定醫院聽力師開立助聽器 - 中階型、助聽器 - 進階型或助聽器 - 雙對側傳聲型，配戴屆滿一個月後至三個月內之效益驗證報告（輔具評估報告書格式編號二十五）。

五、注意事項：

（一）本局得隨時抽查補助對象接受助聽器驗配之情形，或向相關單位抽調紀錄。申請人應本誠信原則對所提出支用單據之真實性

負責，以詐欺或其他不正當方法領取本補助或以虛偽之證明及資料申請本補助者，本局應不予補助或對已撥付款項進行追繳，並得視情節輕重，停止受理其補助申請一至三年；涉及刑責者，移送司法機關辦理。

(二) 同一案件向二個以上機關提出申請補助，應列明全部經費內容及向各機關申請補助之項目及金額。如有隱匿不實或造假情事，應撤銷該補助，並收回已撥付款項。

六、經費來源：本計畫所需經費由本局編列預算支應。

七、本計畫所需書表格式，由本局定之。

八、本計畫未盡事宜，依身心障礙者輔具費用補助辦法及其附表之規定辦理。