

# 112 年澎湖縣育兒輔具補助試辦計畫

112.05.31

## 壹、依據：

- 一、「身心障礙者輔具資源整合與研究發展及服務辦法」第 2 條。
- 二、「建立身心障礙者育兒輔具評估及服務討論會議紀錄」討論事項各項決議。
- 三、「114 年度直轄市、縣市輔具工作成效查核指標」第 1 項第 8 點。

## 貳、目的：

鑑於身心障礙者擔任照顧者之角色，在照顧 6 歲以下幼兒時有其特殊需要，而輔具的介入可以適度地輔助其照顧幼兒，並減緩照顧負擔，惟衡酌身心障礙父母或主要照顧者對運用育兒輔具之知能、技巧或有不足，為使其能在育兒階段及時獲得協助，爰制定本計畫。

## 參、內容：本計畫以中央目前擬定服務面向為依據，服務流程如附表 1。

### 一、提供身心障礙者育兒輔具評估及服務：

1. 依身心障礙父母或主要照顧者之個別需要，提供居家無障礙環境到宅評估及協助改善、輔具評估及使用訓練服務、輔具諮詢、取得、維修、調整等服務。
2. 如具身心障礙父母或主要照顧者所需育兒輔具產品屬一般市售商品，可協助尋找相關產品資訊供其參考，或協助連結及媒合相關資源協助。

### 二、結合育兒指導服務，銜接育兒輔具服務：

中央自 108 年起推動「育兒指導服務方案」，針對育有 6 歲以下兒童且有育兒指導需求之家庭，依其狀況提供服務，透過到宅示範指導和互動、引導家長實際操作等方式，提供家長育兒知能與技巧，幫助提升幼兒照顧之品質，爰本計畫將主動與本縣「育兒指導服務方案」合作。

### 三、發覺潛在需求協助連結網絡資源：

評估過程中如發覺潛在服務需求，將進一步建立本縣輔具中心個案管理服務機制，全面了解該服務家庭之需求，協助提供連結相關網絡資源，如心衛中心、社會福利服務中心或家庭照顧者支持服務中心等，積極充足該服務家庭之支持系統，以減緩照顧負擔。

## 肆、辦理期程：112 年 6 月 15 日至 12 月 31 日止。

## 伍、服務對象：育有 6 歲以下幼童且有育兒輔具需求之身心障礙父母或主要照顧者。

陸、個案來源：

- 一、需求評估單位連結轉介。
- 二、個案自行申請或民間團體轉介。
- 三、網絡單位連結或轉介服務：經由相關網絡單位（如育兒指導服務、身心障礙個管中心、社福中心等）之社工評估身心障礙家庭有育兒輔具服務需求者，連結或轉介所在地輔具中心進行後續輔具評估及協助。

柒、補助標準：

- 一、申請後需經輔具中心偕同育兒指導服務單位到宅評估後，經由本府採書面評估報告書認列核定補助項目及金額。
- 二、同一項目於其使用年限內不得重複補助，若申請項目可對應「身心障礙者輔具費用補助基準表」則依基準表補助規定辦理，但不列入2年4項計算。
- 三、申請各項育兒輔具補助項目經核定後，於核定之最高總補助金額內核銷，皆可全額補助，餘須自行負擔。
- 四、補助金額：（估算表如附表2）

輔具類別	使用年限	每戶每年最高補助金額
生活用品類(如奶瓶、澡盆、餐具或防撞護角等)	1	1. 低收入戶：最高總補助金額為新臺幣 10 萬元整。
寢具及外出類(如嬰兒床、背帶或嬰兒車等)	2	2. 中低收入戶：最高總補助金額為新臺幣 9 萬元整。
電子產品類(如攝影機、監聽器或自動泡奶機等)	2	3. 非低收入戶及非中低收入戶：最高總補助金額為新臺幣 7 萬元整。

捌、經費來源：社政業務-身心障礙福利服務-社會福利津貼及濟助-辦理身心障礙者輔具補助費項下支應。

玖、預期效益：

- 一、預估共有 5 戶身心障礙者家庭可受惠，提升照護安全。
- 二、有效提升育兒照顧品質及安全，以滿意度調查及後續追蹤使用紀錄為依據。
- 三、收集相關補助數據後，預計於 113 年納入「澎湖縣身心障礙者輔具費用補助標準」持續辦理育兒輔具補助服務。

附表 1：身心障礙者育兒輔具補助機制作業流程圖

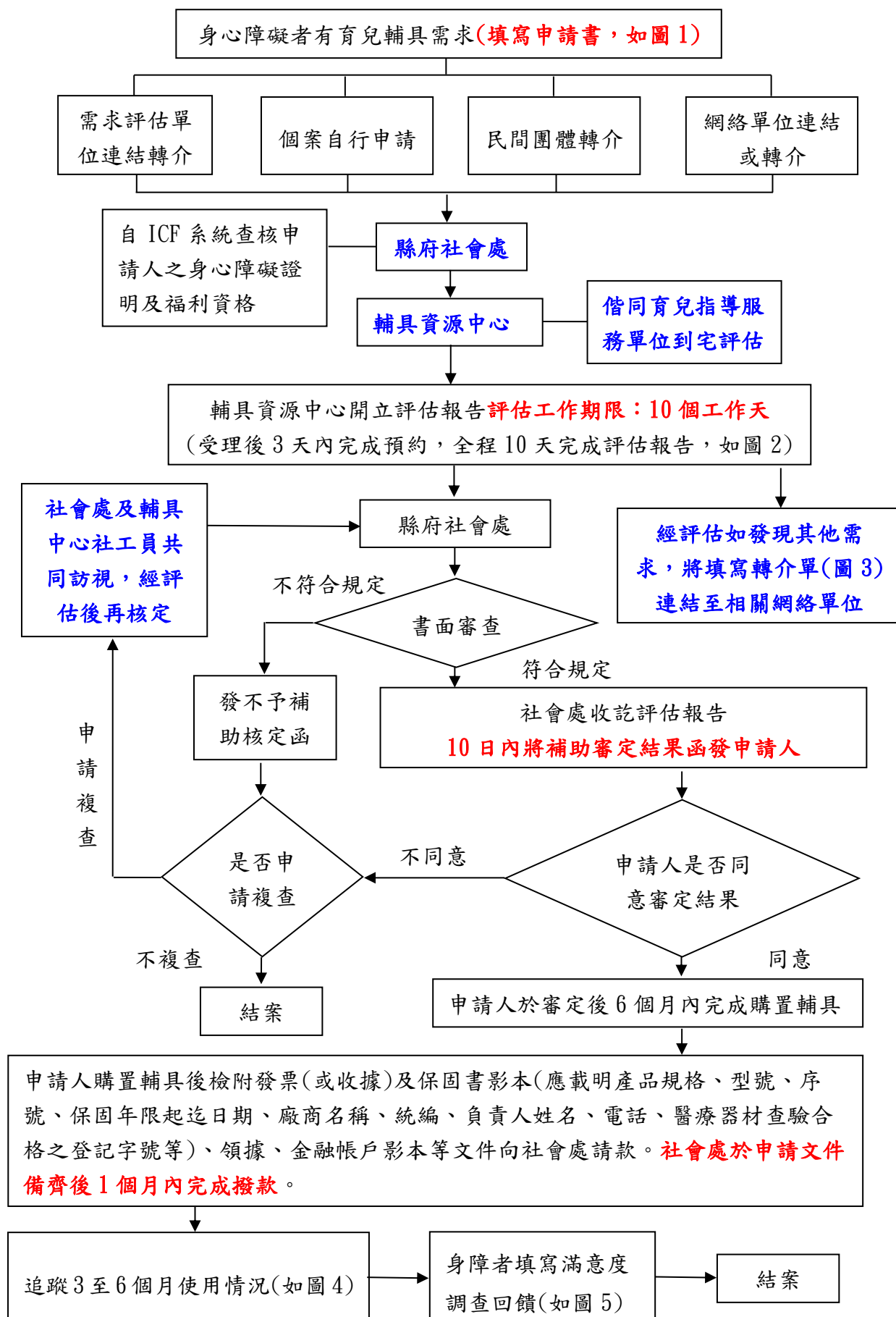


圖 1

## 澎湖縣身心障礙者【育兒輔具】補助申請書

申請日期： 年 月 日		112年5月15日制訂			
申請人姓名	身分證字號	連 絡 電 話			收件(轉介)單位 (請蓋單位戳章或職章)
生 日	身心障礙類別	身心障礙等級			
申請人蓋章	連 絡 地 址				連 絡 人 姓 名
福 利 別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶      請勾選(√)				
評估單位  <small>(需經澎湖縣輔具資源中心評估後，以評估報告書面審核)</small>	評估單位	澎湖縣輔具資源中心	評估人員核章		
	評估日期		完成評估		完成評估送
	預約時間		審查日期		交縣府日期
	澎湖縣育兒指導服務單位偕同出席人員為：				
	評估意見				
是否發現其他需求需轉介至相關單位? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <span style="float: right;">(請填轉介表)</span>					
縣 府 複 審 結 果 及 核 章	<input type="checkbox"/> 經評估審核結果，不符實際需求，不予補助。				
	<input type="checkbox"/> 經評估審核結果，確實符合實際需求，核予補助。				
	補 助 項 目	核 定 補 助 金 額	補 助 項 目	核 定 補 助 金 額	
	1.	元	2.	元	
	3.	元	4.	元	
	5.	元	6.	元	
	承 辦 人	科 長	副 處 長	處 長	
備 註	1. 申請項目、標準及額度皆依據「112年澎湖縣育兒輔具補助試辦計畫」 2. 申請身心障礙育兒輔具補助案件皆須經由輔具資源中心偕同育兒指導服務單位評估後，以評估報告送交澎湖縣政府社會處書面審核，並公文核定結果予申請人。				
申請收 收件章	完成評估 收件章	經費核銷 收件章	追蹤 派案章		

圖 2

108.11 修

111.01 修

### 澎湖縣輔具資源中心輔具社工個案轉介暨回覆單

個案姓名		身分證字號	
出生年月日		聯絡電話	
聯絡地址			
聯絡人		聯絡電話	
轉出單位	澎湖縣輔具資源中心	電話	06-9262740
		傳真	06-9274860
		信箱	Ph9262740@gmail.com
承辦人員		業務主管	
轉介個案需求說明	說明申請個案狀況：		
轉入單位		聯絡電話	
		傳真	
轉介日期	年 月 日		

.....

【以下由受理單位填寫後回傳轉介單位】			
受理單位		回覆日期	年 月 日
承辦人員		聯絡電話	
受理狀況 與 服務摘要	<input type="checkbox"/> 已受案： <input type="checkbox"/> 不受案： <input type="checkbox"/> 其他：		

### 育兒輔具評估報告書

輔具項目名稱：育兒相關輔具

#### 一、身心障礙者基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日： 年 月 日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：
5.戶籍地址：		
6.居住地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地)：		
7.聯絡(公文寄送)地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地)：		
8.身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
9.身心障礙程度分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		

#### 二、幼兒基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日： 年 月 日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：
5.戶籍地址：		
6.居住地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地)：		
7.聯絡(公文寄送)地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地)：		
8.身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
9.身心障礙程度分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		

#### 三、活動需求與情境評估

- 活動需求表達者：個案本人 個案之：\_\_\_\_\_ (是否能協助個案使用輔具：是 否)
- 活動需求(可複選)：餵食 沐浴 就寢 工作 家事 外出 交通 其他：\_\_\_\_\_
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：\_\_\_\_\_ 其他：\_\_\_\_\_
- 目前已使用輔具項目

---



---



---

#### 四、目前遇到之育兒困境

---



---



---



---

**五、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】**

1. 評估結果：

不建議使用；理由：\_\_\_\_\_

建議使用下列輔具(須加以註明理由)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**六、規格配置建議(若無特殊需求可省略)**

1. 輔具規格配置：

2. 其他建議：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

評估單位：\_\_\_\_\_

評估人員：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_



圖 4

## 育兒輔具追蹤適配紀錄

一、追蹤適配日期： 年 月 日

二、追蹤適配人員： 職稱：

### 三、身心障礙者基本資料

1. 姓名：	2. 身分證字號：	3. 生日： 年 月 日
4. 聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：
5. 戶籍地址：		
6. 居住地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地)：		
7. 聯絡(公文寄送)地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地)：		
8. 身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
9. 身心障礙程度分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		

### 四、幼兒基本資料

1. 姓名：	2. 身分證字號：	3. 生日： 年 月 日
4. 聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：
5. 戶籍地址：		
6. 居住地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地)：		
7. 聯絡(公文寄送)地址( <input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地)：		
8. 身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
9. 身心障礙程度分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		

### 五、檢核項目

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### 六、檢核紀錄

- 使用良好，無須調整，理由：\_\_\_\_\_
- 考量使用安全須調整，理由：\_\_\_\_\_
- 考量使用安全須重新評估，理由：\_\_\_\_\_
- 無須調整，但建議配合使用訓練以期能安全操作，理由：\_\_\_\_\_

### 七、成果紀錄(檢附照片)

—



圖 5

澎湖縣身心障礙「育兒輔具」服務滿意度調查表					
基本資料					
1	填表人	<input type="checkbox"/> 父或母 <input type="checkbox"/> 主要照顧者_____			
2	是否為身障者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3.	您是如何知道「育兒輔具」服務的訊息	<input type="checkbox"/> 新聞媒體 <input type="checkbox"/> 縣府網站 <input type="checkbox"/> 輔具中心 <input type="checkbox"/> 公所 <input type="checkbox"/> 政令宣導 <input type="checkbox"/> 親友、友人			
項次	問 項	非常同意	同意	不同意	非常不同意
1	是否容易取得「育兒輔具」服務?				
2	是否滿意育兒輔具評估服務?				
3	是否滿意後續追蹤服務?				
4	是否有提升育兒輔具照顧知能獲技巧?				
5	是否滿意澎湖縣政府推動身心障礙「育兒輔具」?				
其他建議：					

附表 2：育兒輔具金額估算表

育兒輔具補助金額估算表			
0 至 3 歲(以肢體障礙需求估算，輔具項目參考中央育兒小博士)			
項目	數量	單價	小計
安撫奶嘴	2	114	228
奶瓶雙耳型握把	6	600	3,600
電動吸乳器	1	3,440	3,440
擺位哺乳枕	1	1,299	1,299
擠壓式餵食湯匙	2	299	598
弧形餐碗(附吸盤)	2	450	900
月亮澡盆	1	3,139	3,139
月亮澡盆架	1	1,700	1,700
安撫椅	1	1,980	1,980
自動泡奶機	1	3,649	3,649
溫奶機	1	1,218	1,218
電動升降嬰兒床	1	32,000	32,000
外出推車	1	27,650	27,650
背帶	1	3,880	3,880
洗屁股支撐椅	1	1,450	1,450
尿布台	1	1,000	1,000
嬰兒哭聲偵測器	1	990	990
智慧寶寶攝影機	1	5,699	5,699
學步帶	1	279	279
幼兒安全門欄	3	400	1,200
親子安全腰帶	1	1,250	1,250
防撞護角	12	10	120
兒童遊戲圍欄	1	1,400	1,400
可調式餐椅	1	3,980	3,980
握把式牙刷(含擋片)	4	204	816
電動磨甲機	1	268	268
樓梯式馬桶座	1	583	583