

**肝醣儲積症等 9 項需監測血糖之罕見疾病病人  
血糖試紙/採血針補助作業說明**

**壹、補助對象：**由醫事人員通報且經罕見疾病及藥物審議會或其醫療小組委員與專家審查通過在案之個案，經主治醫師評估，因罹患之罕見疾病須持續監測血糖者。(符合申請資格之罕見疾病名單詳如附件 1)

**貳、申請相關規定：**

**一、補助項目及金額：**最高補助金額，低收入戶及中低收入戶為全額補助，其他一般戶民眾補助 80%為上限，實際費用未達最高補助金額者，依實際費用補助之。每年最高補助金額如下表：

項目	每年最高補助金額		備註
	低收入戶及中低收入戶 (全額補助)	一般戶 (補助 80%)	
血糖試紙/ 採血針	15,000 元/年	12,000 元/年	1.經審核通過核可效期為 3 年，期滿需再申請審查。 2.血糖試紙/採血針須為通過衛生福利部食品藥物管理署查驗登記，並領有醫療器材許可證之品項，其中血糖試紙並須為全民健康保險收載品項。 3.不補助採血筆及酒精棉片。

**二、申請對象：**罕見疾病病人診治之醫事機構為申請人。

**三、申請作業流程：**由診治之醫事機構提出補助案件申請，經審查後，由衛生福利部(國民健康署)函知醫事機構審查結果。審查通過案件之核可有效期限為 3 年，民眾於血糖試紙/採血針購買或結帳日後 3 個月內，將核銷文件寄送罕見疾病醫療補助專案辦公室辦理款項撥付。(詳細流程如附件 2)

(一)申請補助文件如下：

- 1.肝醣儲積症等9項需監測血糖之罕見疾病病人血糖試紙/採血針補助申請單。(附件3)
- 2.肝醣儲積症等9項需監測血糖之罕見疾病病人血糖試紙/採血針補助款申領暨同意書。(附件4)
- 3.個案病歷資料(如:病歷摘要、門診紀錄、診斷證明書等)。
- 4.最近6個月內2次HbA1c檢驗報告、最近一個月內血糖監測記錄及醫師評估意見。
- 5.其他檢附文件(如:低收入戶或中低收入戶證明等)。

(二)申請核銷文件如下：

- 1.肝醣儲積症等9項需監測血糖之罕見疾病病人血糖試紙/採血針補助款申領暨同意書(附件4)。
- 2.付款證明正本(如:購買收據或發票)。
- 3.補助款領據(附件5)。
- 4.證件及帳戶黏貼表(附件6)；本項應附資料包括：匯款帳戶存摺正面影本，若以法定代理人為領款人需另檢附其身分證正、反面影本、關係證明文件(如:戶籍謄本或戶口名簿影本)。前開資料於第1次核銷時檢附即可，但資料若有異動，於下次核銷時，需再次檢附更新後資料。
- 5.其他檢附文件。

**四、其他注意事項：**

- (一)血糖試紙/採血針之補助申請案，核可效期為自核定通過後3年，以年度計算，期滿需再次申請審查。
- (二)血糖試紙/採血針須為通過衛生福利部食品藥物管理署查驗登記，並領有醫療器材許可證之品項，其中血糖試紙並須為全民健康保險收載品項。
- (三)血糖試紙及採血針需至診治之醫事機構或全民健康保險特約藥局購買，並於申請文件「罕見疾病病人血糖試紙/採血針補助款申領暨

同意書」(附件 4)內註明欲前往購買之醫事機構。

(四)為避免申請案件延宕，經行政檢視或審查結果文件未齊全之案件，若經通知後逾 3 個月仍未補齊者，則原始申請文件將退還予申請醫事機構，待備齊文件後再行申請。

(五)罕見疾病病人若已接受政府或民間單位其他同性質補助或社會保險給付者，不得重複申請本項補助。

(六)有關申請流程及表格等，請向罕見疾病專案辦公室索取或自衛生福利部國民健康署網站下載(網址：<http://www.hpa.gov.tw/>健康主題/健康生活/罕見疾病)。如有相關問題請洽罕見疾病專案辦公室，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

電子郵件信箱: [rare\\_disease@iisigroup.com](mailto:rare_disease@iisigroup.com)

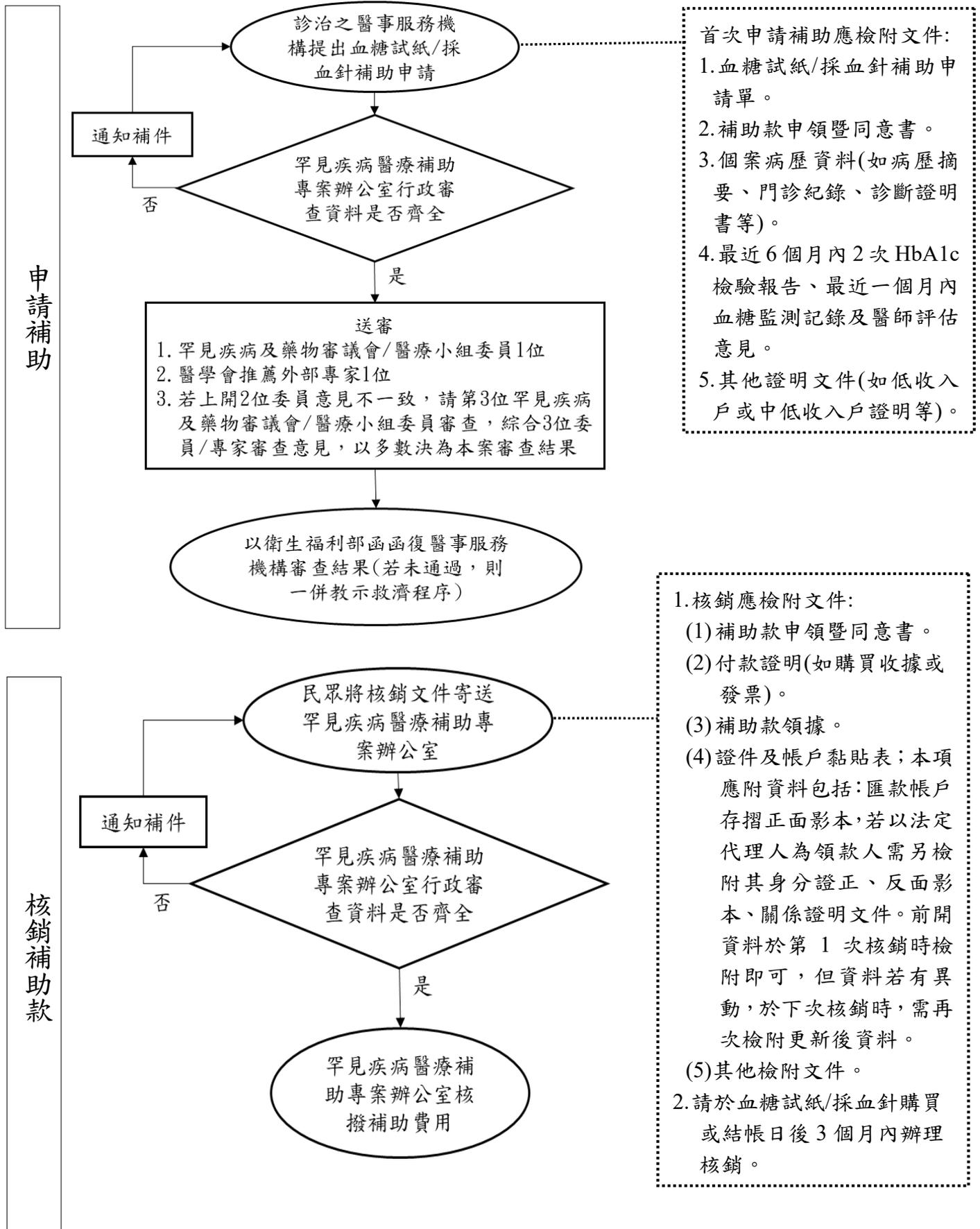
附件 1、符合血糖試紙/採血針補助申請資格之公告罕見疾病一覽表

序號	罕病分類號	中文病名	英文病名	ICD-10-CM
1	A4-02	肝醣儲積症	Glycogen storage disease	E74.09:type 0 E74.01:Type I E74.02:type II E74.03:type III E74.09:type IV E74.04:type V E74.09:type VI-XI E74.01:Von Gierke's
2	A6-01	粒線體缺陷	Mitochondrial defect	E88.40
3	A6-02	Kearns-Sayre 氏症候群	Kearns-Sayre syndrome	H49.811 H49.812 H49.813 H49.819
4	A11-06	先天性全身脂質營養不良症	Congenital generalized lipodystrophy	E88.1
5	L1-05	Bardet-Biedl 氏症候群	Bardet-Biedl syndrome	Q87.89
6	L1-06	Alstrom 氏症候群	Alsrtom syndrome	Q87.89
7	L1-07	持續性幼兒型胰島素過度分泌低血糖症	Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI)	E16.1
8	L1-08	Wolfram 氏症候群	Wolfram syndrome , DIDMOAD	E88.9
9	L1-15	永久性新生兒糖尿病	Permanent neonatal diabetes mellitus	P70.2

註:罹患上表所列罕見疾病，且因該疾病須持續監測血糖者，經審查通過後予以補助。

## 附件 2. 肝醣儲積症等 9 項需監測血糖之罕見疾病病人

### 血糖試紙/採血針補助作業流程





附件 4、肝醣儲積症等 9 項需監測血糖之罕見疾病病人

血糖試紙/採血針補助款申領暨同意書

【本經費由菸品健康福利捐支應】

病人姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉鎮\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓  
\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_市區\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_路

聯絡地址：同上；\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉鎮\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓  
\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_市區\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_路

家庭類別：一般；中低收入戶；低收入戶(中低收入戶、低收入戶請檢附證明文件)

1. 診治之醫事機構：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

2. 前往購買血糖試紙/採血針之醫事機構：

2-1. 同上

2-2. 其他：\_\_\_\_\_ 醫事機構代碼：\_\_\_\_\_ 【需為健保持約醫事機構(含藥局)】

3. 案件類別：

3-1. 新申請案件：

3-1-1. 申請補助期間\_\_\_\_\_年至\_\_\_\_\_年。

3-2. 已核可案件：(核准文號：\_\_\_\_\_)

3-2-1. 本年度申請次別：第 1 次申請；非第 1 次申請，為第\_\_\_\_\_次申請

3-2-2. 本次血糖試紙/採血針合計費用：新台幣\_\_\_\_\_元，其中  
申請政府補助費用：新台幣\_\_\_\_\_元；病人自付金額：新台幣\_\_\_\_\_元

以下由病人或法定代理人填寫：

病人或法定代理人\_\_\_\_\_ (立同意書人)，經醫師詳細說明，已充分了解每日血糖監測之必要性，願意遵從醫師之指導，並已了解罕見疾病病人血糖試紙/採血針補助原則，同意自行負擔費用之 20% (政府補助 80%)。如為中低收入戶或低收入戶則免部份負擔，由政府全額補助。

且切結保證並未接受政府或民間單位其他同性質補助或社會保險給付，若有虛報不實，經查明者，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。

個案 (或法定代理人) 簽名：\_\_\_\_\_

身分證號碼：\_\_\_\_\_ 與個案關係：個案本人 法定代理人

審核結果註記(此欄由罕見疾病專案辦公室填寫)

本次補助金額：\_\_\_\_\_元(本案核定總金額：\_\_\_\_\_元，至  
本次已累計申請：\_\_\_\_\_元)



## 附件 6、證件及帳戶黏貼表

【本經費由菸品健康福利捐支應】

### 戶籍謄本或戶口名簿影本黏貼處(請浮貼)

(若由法定代理人領取補助款，請檢附其身分證影本或關係證明文件，如戶籍謄本或戶口名簿影本)

法定代理人

【身分證】正面影本

黏貼處

(請浮貼，

如由個案本人領取補助款無需檢附)

法定代理人

【身分證】反面影本

黏貼處

(請浮貼，

如由個案本人領取補助款無需檢附)

### 匯款帳號存摺正面影本黏貼處

個案；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)