

重庆市大足区残疾人联合会  
重庆市大足区教育局  
重庆市大足区民政局  
重庆市大足区财政局  
重庆市大足区卫生健康委员会  
重庆市大足区市场监督管理局  
重庆市大足区乡村振兴局  
重庆市大足区医疗保障局

文件

大足残联发〔2023〕12号

---

## 关于印发《重庆市大足区残疾儿童康复救助实施细则（修订）》的通知

各镇街人民政府（办事处），区政府有关部门，有关单位：

《重庆市大足区残疾儿童康复救助实施细则（修订）》已经区儿童康复救助工作联席会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

(此页无正文)

重庆市大足区残疾人联合会      重庆市大足区教育委员会

重庆市大足区民政局              重庆市大足区财政局

重庆市大足区卫生健康委员会      重庆市大足区市场监督管理局

重庆市大足区乡村振兴局      重庆市大足区医疗保障局

2023年4月24日

# 重庆市大足区残疾儿童康复救助实施细则

## （修 订）

### 第一章 总 则

**第一条** 为进一步落实残疾儿童康复救助制度，根据《残疾预防和残疾人康复条例》、《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》、《国务院关于印发“十四五”残疾人保障和发展规划的通知》、《重庆市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》、《重庆市人民政府关于印发重庆市“十四五”残疾人保障和发展规划（2021—2025年）的通知》、《重庆市残疾儿童康复救助实施办法（修订）》等法规文件精神，修订本细则。

**第二条** 区残联及财政、教育、民政、卫生健康、市场监管、乡村振兴、医疗保障等部门根据职责，共同做好残疾儿童康复救助相关工作。

### 第二章 康复救助对象和条件

**第三条** 康复救助年龄计算节点为申请康复救助年度的1月1日，救助对象和条件如下。

（一）0-6岁手术、辅助器具适配、康复训练救助对象和条件：

1. 重庆市大足区户籍或持大足区居住证的视力、听力、言语、

肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童。

2. 诊断明确（提供医学诊断证明书），有康复需求和康复意愿。

（二）7—14岁辅助器具适配、康复训练救助对象和条件：

1. 重庆市大足区户籍的视力、听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童。

2. 持《中华人民共和国残疾人证》。

3. 家庭经济条件困难。包含民政部门认定的城乡最低生活保障家庭或城乡低保边缘家庭残疾儿童，儿童福利机构、未成年人救助保护机构收留抚养的残疾儿童，散居残疾孤儿，事实无人抚养残疾儿童、纳入特困人员供养范围的残疾儿童；农委认定的防止返贫监测对象（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）家庭的残疾儿童。

4. 经评估具备康复指征，有康复需求和康复意愿。

（三）7—18岁手术救助对象和条件：

1. 重庆市大足区户籍的听力、肢体残疾儿童（少年）。

2. 经评估符合手术适应指征，有康复需求和康复意愿。

### 第三章 康复救助内容、标准和经费使用范围

**第四条** 根据残疾儿童个体的不同情况，有针对性地开展以减轻功能障碍、改善功能状况、增强生活自理和社会参与能力为主要目的的手术、辅助器具适配和康复训练等康复救助。康复服

务规范参照国家、市级有关要求执行。人工耳蜗植入手术救助、助听器适配由市残疾人综合服务中心统一组织实施。

## （一）手术

### 1. 人工耳蜗植入手术

为经评估符合条件的听力残疾儿童（少年）提供人工耳蜗植入手术及术后康复训练一次性救助。免费提供人工耳蜗产品 1 套；手术补助标准为 12000 元/人，包括术前检查（复筛）、手术及术后 5 次调机（含开机）等；术后一年康复训练补助标准为 20000 元/人。

### 2. 肢体矫治手术

为先天性关节畸形如马蹄足，先天性关节脱位如髋关节、膝关节脱位；小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸形及脱位；脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位等肢体残疾儿童（少年）提供矫治手术救助，补助标准为 20000 元/人·年，包括手术费、术后康复训练费、矫形器适配费等。

## （二）辅助器具适配

### 1. 视力残疾儿童

为视力残疾儿童适配盲杖、盲文写字板和笔、放大镜、助视器等辅助器具。

### 2. 肢体残疾儿童

为经评估需适配假肢、矫形器的肢体残疾儿童，适配踝足矫

形器、矫形鞋，补助标准为 1500 元/人·年；适配大（小）腿假肢、膝踝足矫形器、脊柱矫形器等，补助标准为 5000 元/人·年。为肢体残疾儿童适配儿童轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具。

在不超过年度补助限额的情况下，肢体残疾儿童监护人可根据自身需求确定假肢、矫形器申请频次。假肢、矫形器补助费用，零部件及材料费不低于 60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）不超过 40%。

### 3. 听力残疾儿童

为经评估符合助听器佩戴条件的听力残疾儿童，免费适配 2 台助听器（含适配服务、耳模制作、电池购置及调试服务费）。

#### （三）康复训练

##### 1. 视力残疾儿童

（1）为低视力儿童提供视觉基本技能训练，补助标准为 0—6 岁 10000 元/人·年，7—14 岁 5000 元/人·年，每月补助标准限额 1000 元/人，每日补助标准限额 200 元/人。

（2）为盲童提供定向技能及行走训练、社会适应能力训练，补助标准为 0—6 岁 5000 元/人·年，7—14 岁 3000 元/人·年，每月补助标准限额 1000 元/人，每日补助标准限额 200 元/人，最多可申请 3 年救助。

视力残疾儿童在定点服务机构训练时间不低于 1 小时/次，费用结算标准不超过 100 元/小时。进入普校就读的视力残疾儿童凭

入学证明可申请将每日补助标准调整为 300 元/人，每月及每年康复训练补助标准限额不变。

## 2. 听力、言语、智力、肢体残疾儿童和孤独症儿童

提供听觉言语功能训练，运动、认知、沟通及适应性等康复训练，补助标准为 0—6 岁 20000 元/人·年，7—14 岁 10000 元/人·年，每月康复训练补助标准限额 2500 元/人，每日康复训练补助标准限额 150 元/人。进入普校（幼）就读的残疾儿童凭入学证明可申请每日限额不超过 300 元的康复训练补助，每月康复训练补助标准限额不变，康复训练经费在补助标准范围内按年度据实结算。

听力、肢体、智力残疾儿童及孤独症儿童康复训练定点服务机构应根据残疾儿童需求开展适宜的康复训练项目。在残疾儿童康复救助项目内，个训（一对一）时间不低于 30 分钟/节，费用结算标准不超过 75 元/节；小组（组额不超过 8 名残疾儿童）训练时间不低于 30 分钟/节，费用结算标准不超过 20 元/节·人；集体（组额不超过 15 名残疾儿童，专业技术人员配置不低于 2 名）训练时间不低于 30 分钟/节，费用结算标准不超过 15 元/节·人。

**第五条** 对于重庆市大足区户籍、接受康复救助的残疾儿童，按照我市疑似残疾儿童诊断补贴规定给予一次性补贴 300 元。对本地区残疾儿童参加康复训练生活、交通补助为 300 元/人·月，每年最多计算 10 个月，其中视力残疾儿童技能及行走训练一次性

生活、交通等补助为 400 元/人.年。

**第六条** 根据评估结果及实际需要，多重残疾儿童同一年度内原则上只能申请一项康复训练救助类别。一个救助年度内，接受康复训练救助的残疾儿童最多可申请更换一次定点服务机构。

## 第四章 康复救助流程

**第七条** 残疾儿童康复救助应按以下程序办理：

（一）申请。残疾儿童监护人按照救助对象和条件要求，持相关申请材料向区残联提出书面或网上申请。代为申请的需提供残疾儿童监护人出具的授权委托书。

本细则第三条要求的医学诊断证明书应由重庆市残疾等级评定机构或二级及以上公立医疗机构出具，并明确建议康复内容。其中，申请孤独症儿童康复救助的诊断评估机构须为三级甲等公立医疗机构，申请人工耳蜗植入手术救助的诊断评估机构须为人工耳蜗定点手术医院。原则上，医学诊断证明书 2 年内有效。

（二）审核。区残联安排专人受理申请并在 7 日内审核完毕，经审核符合救助条件的，由残疾儿童监护人按照自愿、就近就便的原则，自主选择定点服务机构接受康复救助；经审核不符合救助条件的，及时向残疾儿童监护人反馈。必要时，区残联可进一步组织评估，依据相关专家或医疗机构评估意见明确审核意见。对于家庭经济条件困难救助对象的申请，由区残联与区民政、区

农委等部门进行相关信息比对后作出决定。

**（三）救助。**审核通过后，残疾儿童监护人于申请审批表盖章或网上申请通过 30 日内到定点服务机构接受康复救助，超过期限的，原则上应重新进行申请。定点服务机构应与残疾儿童监护人签署康复救助协议或告知书，明确双方责任、义务。

**（四）结算。**残疾儿童接受康复救助的费用，由定点服务机构向区残联提交结算资料，经区残联审核后，报区财政部门拨付资金。

对已纳入城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助等政策范围或者其他救助项目的，应先行报销、救助后，再由残疾儿童康复救助资金据实结算。实际产生的康复费用低于补助标准的，按实际费用给予补助；高于补助标准的，按补助标准给予补助。

**第八条** 经区残联审核同意在其他省（自治区、直辖市）接受异地康复的，应当在中国残联残疾儿童康复救助综合管理系统可选择的定点服务机构接受康复服务，补助费用结算办法由区残联与区财政部门确定。

**第九条** 区残联及相关部门要通过发放政策告知书、入户走访、电话宣传等形式加强残疾儿童康复救助政策的宣传讲解；区卫健委要指导、督促相关医疗卫生机构，围绕残疾儿童康复救助对象、条件、标准、流程等内容，开展有针对性的宣传，帮助残疾儿童监护人知晓政策并自愿申请康复救助。

## 第五章 康复救助管理和监督

**第十条** 残疾儿童康复救助定点服务机构认定、管理与监督等按照《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法(试行)》要求开展，严格落实准入、监管、退出动态管理机制。区有关部门要加大残疾儿童康复机构的培育和扶持，积极推进教育、儿童福利、医疗、民办非企业等各类机构开展残疾儿童康复服务。

**第十一条** 区财政要会同审计等部门加强对残疾儿童康复救助资金使用情况的监督检查，防止发生挤占、挪用、套取等违法违规现象。

**第十二条** 区残联、民政、卫生健康、乡村振兴、医保等部门要做好政府其他救助政策和残疾儿童康复救助制度的有效衔接，加强残疾儿童数据比对和共享工作。

**第十三条** 区残联要做好残疾儿童康复救助工作的组织实施，积极发挥组织协调和服务作用；准确掌握本地残疾儿童底数、康复需求、康复救助情况，及时将残疾儿童康复救助数据录入中国残联残疾儿童康复救助综合管理系统；建立完善救助对象档案资料，做到“一人一档”。

## 第六章 经费保障

**第十四条** 为积极争取上级转移支付补助资金，区级相关部

门应根据残疾儿童数量、救助标准、工作保障等情况，科学测算救助资金需求。财政部门要统筹各类资金将残疾儿童康复救助资金纳入政府预算，做好兜底保障，确保符合条件的残疾儿童应救尽救。

## 第七章 附 则

**第十五条** 本办法自 2023 年 3 月 1 日起施行，由区残联会同相关区级部门解释。如之前执行有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

- 附表：1. 残疾儿童康复救助申请审批表  
2. 残疾儿童康复救助经费结算表  
3. 残疾儿童康复救助汇总表

## 附件 1

# 残疾儿童康复救助申请审批表

( 年度 )

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神(孤独症)(多重残疾可多选)						
残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭 <input type="checkbox"/> 儿童福利机构收留抚养 <input type="checkbox"/> 残疾孤儿 <input type="checkbox"/> 纳入特困人员供养范围残疾儿童 <input type="checkbox"/> 其他经济困难家庭					户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
康复救助项目	<b>1、手术：</b> <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入手术 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术 <b>2、辅助器具：</b> <input type="checkbox"/> 助视器 <input type="checkbox"/> 假肢、矫形器 <input type="checkbox"/> 儿童轮椅、助行器等 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 助听器 <b>3、基本康复训练：</b> <input type="checkbox"/> 视觉技能训练 <input type="checkbox"/> 定向行走训练 <input type="checkbox"/> 听力语言训练 <input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 <b>4、其他：</b>						
定点康复机构							
补贴方式	按标准据实结算						
残疾人或监护人申请	申请人： 年 月 日						
区残联审批意见	审核人： 盖章 年 月 日						

区残联联系人：

联系电话：

填表说明：1.此表一式两份，由区残联审批，区残联、定点康复机构各留存一份。

2.“康复救助项目”栏由区残联依据诊断证明和救助内容填写。

附件 2

## 残疾儿童康复救助经费结算表

(      年度 )

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
家庭住址				监护人姓名			联系电话
康复救助项目				康复救助起止时间			
保险报销、医疗救助情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险：元 <input type="checkbox"/> 大病保险：元 <input type="checkbox"/> 医疗救助：元 <input type="checkbox"/> 其他救助：元 合计：_____元						
申请结算金额	元			总金额		元	
残疾儿童监护人签字：_____年 月 日							
定点康复机构负责人： 联系电话： (盖章) _____年 月 日							

填表说明：1. 康复救助项目按本细则确定康复救助项目填写；2. 保险报销、医疗救助经费只填写在定点康复机构产生的与康复救助项目相同的费用，同时需附报销凭据；3. 总金额为残疾儿童在定点康复机构接受康复救助产生的合计费用；4. 总金额与保险报销、医疗救助经费之差高于康复救助标准，申请结算金额按核定标准填写；总金额与保险报销、医疗救助经费之差低于康复救助标准，申请结算金额据实填写

附件 3

# 残疾儿童康复救助汇总表

( 年度 )

区残联 ( 盖章 )

负责人签字:

序号	受助儿童姓名	性别	身份证号码	受助项目	定点康复机构名称	受助起止时间	监护人姓名	与儿童关系	联系电话

备注：受助项目按本实施细则救助项目填写。

填表人：

填表时间：



