



重庆市潼南区人民政府 关于印发重庆市潼南区残疾儿童康复救助 制度实施细则（试行）的通知

潼南府发〔2019〕13号

各镇人民政府、街道办事处，区政府各部门，有关单位：

《重庆市潼南区残疾儿童康复救助制度实施细则（试行）》，经区政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市潼南区人民政府

2019年9月20日

（此件公开发布）



重庆市潼南区残疾儿童康复救助实施细则

(试行)

第一章 总则

第一条 根据《残疾预防和残疾人康复条例》(中华人民共和国国务院令 第 675 号)和《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》(国发〔2018〕20 号)、《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》(渝府发〔2018〕44 号)及市残联、市财政局等 8 部门《关于印发重庆市残疾儿童康复救助制度实施办法的通知》(渝残联发〔2018〕111 号)等法规文件精神,制定本细则。

第二条 潼南区残疾儿童康复救助,坚持党委领导、政府主导、部门配合、社会参与、市场推动相结合的工作方式,按照兜底线、织密网、建机制的要求,与经济社会发展水平相适应,与社会保障及社会福利制度有效衔接,确保到 2025 年残疾儿童普遍享有基本康复服务,健康成长、全面发展权益得到有效保障。



第二章 康复救助对象及条件

第三条 康复救助对象

(一) 0—6岁(不满7周岁,年龄计算以开始康复服务时间为准),符合救助条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。

(二) 经听力语言康复后已进入普通学校就读的不满17岁的语前聋患者及不满18岁的语后聋患者可接受人工耳蜗植入及康复训练一次性救助。

(三) 针对手术适应症,不满17岁的肢体残疾儿童可接受矫治手术康复救助。

第四条 康复救助条件

(一) 重庆市潼南区户籍。

(二) 诊断明确(具备相关诊断能力的医疗机构出具的诊断证明)。

第三章 康复救助内容、标准和经费使用范围

第五条 根据残疾儿童个体的不同情况,结合评估结果及实



际需求，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、辅助器具适配和基本康复训练等康复救助服务。

（一）手术

1.人工耳蜗植入手术

为听力损失重度以上，佩戴助听器康复效果不佳，医学检查无手术禁忌症，双侧耳蜗及内听道结构正常、无蜗后病变，精神、智力及行为发育正常，经专家组评估符合植入人工耳蜗条件的听力残疾儿童植入手术提供一次性补助，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）。

2.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提供矫治手术补助，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。

（二）辅助器具适配

1.视力残疾儿童

免费适配盲杖、助视器等辅助器具。

2.肢体残疾儿童



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、脊柱矫形器等辅助器具，补助标准为 5000 元/人·年；免费适配儿童轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具。

假肢、矫形器补助费用，零部件及材料费占 60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）占 40%。

3.听力残疾儿童

（1）为符合条件的听力残疾儿童免费提供人工耳蜗产品 1 套。

（2）为精神、智力及行为发育正常，经评估适合符合佩戴助听器条件的听力残疾儿童一次性免费提供 2 台全数字助听器，同时一次性补助助听器适配、耳模制作、电池购置、一年内调试服务费，补助标准为 1200 元/人。

（三）基本康复训练

1.视力残疾儿童

（1）为低视力儿童提供视觉基本技能训练，训练时间不少于 8 次，每次至少 2 小时，补助标准 1000 元/人·年。

（2）为盲童提供定向技能及行走训练、社会适应能力训练，训练时间不少于 8 次，每次至少 2 小时，补助标准 1000 元/人·年。

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，康复训练内容包括集体课、小组课和个训课，具体康复服务内容及相关规范参照《中国残联残疾儿童康复救助七彩梦行动计划康复机构服务规范》等有关要求执行，训练时间不少于 10 个月，每天不少于 3 小时，补助标准为 20000 元/人·年。

康复训练补助经费主要用于康复评估、康复训练、家长培训、家庭康复指导、康复档案、培训教材等，其中康复训练经费应达到补助经费 70%及以上。

第六条 对潼南区户籍参加基本康复训练的残疾儿童，给予生活和交通补贴。参加听力、言语、智力、肢体残疾和孤独症康复训练的儿童，补助标准 300 元/人·月（全年最高不超过 3000 元）；参加视力残疾康复训练的儿童，补助标准 400 元/人·年。

第四章 康复救助流程

第七条 康复救助应按以下程序办理

（一）申请。残疾儿童监护人填写《残疾儿童康复救助申请审批表》（附件 1），持家庭户口本、诊断证明，向潼南区残联提出申请。代为申请的需提供残疾儿童监护人出具的委托授权书。



(二) 审核。由区残联负责审核申请人提交的相关材料。经审核符合康复救助条件的，由区残联填写《残疾儿童康复救助申请审批表》，根据《重庆市残疾儿童康复机构等级评估实施方案（试行）》（渝残联发〔2018〕31号）等文件，按照就近就便、自主选择原则安排定点康复机构，核定补助标准并签字、盖章确认。经审核不符合救助条件的及时向残疾儿童监护人反馈。

(三) 救助。受助残疾儿童持《残疾儿童康复救助申请审批表》《残疾人精准康复服务手册》到定点康复机构接受康复救助。定点康复机构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。定点康复机构按要求做好残疾儿童康复服务相关档案资料。

(四) 结算。残疾儿童接受康复救助的费用，由定点康复机构向区残联提交《残疾儿童康复救助申请审批表》《残疾人精准康复服务手册》、《残疾儿童康复救助经费结算表》（附件2）等相关资料，经区残联审核后，报区财政局下达资金，每半年结算一次，上半年为7月10日前、下半年为12月10日前（含当年12月份的费用一起结算）。对已纳入城乡居民合作医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助等政策范围的，应先按照城乡居民合作医疗保险、城乡居民大病保险有关政策规定报销，医疗救助后，再由残疾儿童康复救助资金给予补助。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 残疾儿童监护人按照自愿、就近就便的原则自主选择定点康复机构接受康复救助。经区残联审核同意残疾儿童在其他省（自治区、直辖市）确定的定点康复机构接受康复服务发生的费用，原则上每半年结算一次。

第五章 定点康复机构认定

第九条 人工耳蜗植入手术、肢体矫治手术定点医院按照自愿申请的原则，由市残联会同市卫生健康委组织相关专家根据中国残联制定的《人工耳蜗救助项目定点医院准入标准》和《肢体残疾儿童矫治手术项目定点医院准入标准》确定。

第十条 听力、言语、脑瘫、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练机构及辅助器具适配机构，按照自愿申请的原则，由市残联根据重庆市地方标准—《残疾儿童康复机构等级划分要求（DB50/T731—2016）》和《重庆市残疾儿童康复机构等级评估实施方案（试行）》（渝残联发〔2018〕31号）予以确定。听力残疾儿童助听器验配机构，由市残联根据中国残联制定的《助听器救助项目定点验配机构标准》确定。视力残疾儿童康复训练机构，由区残联会同区卫生健康委、区人力社保局在有服务能力的



机构中确定。

第六章 康复救助管理与监督

第十一条 残疾儿童康复救助制度实行区政府负责制，区政府将残疾儿童康复救助工作列入重要议事日程和考核评价指标体系。区财政、教育、民政、人力社保、卫生健康、审计、市场监管、扶贫、残联等相关部门要履职尽责、协作配合，对辖区内定点康复机构、康复专业人员和康复救助资金加强监管，共同做好残疾儿童康复救助工作，并建立以技术专家组为主、相关部门共同参与的残疾儿童效果评价评估机制，做到服务前评估、阶段性评估、终期评估、常规评估和抽测性评估相结合。

第十二条 区有关部门要加大残疾儿童康复机构的培育和监管，积极推进教育、医疗、民办非企业等各类机构开展残疾儿童康复工作。加强机构安全、消防、财务等方面的监督管理。区民政、人力社保、扶贫、残联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政策衔接，加强残疾儿童数据比对和共享工作。

第十三条 财政部门要及时足额将残疾儿童康复救助资金及工作经费纳入财政预算予以安排，统筹使用上级拨付的残疾儿



童康复经费和本级经费，做好兜底保障和费用结算工作；会同审计部门加强对残疾儿童康复救助资金使用情况的监督检查，及时查处挤占、挪用、套取等违纪违法现象，督促残疾儿童康复救助实施和资金筹集使用情况定期向社会公开，接受社会监督。

第十四条 教育部门要加强对开展残疾儿童教育康复的教育机构的监督管理；完善随班就读保障体系，为康复后的残疾儿童进入普通小学或幼儿园提供保障；加强残疾儿童康复专业人才培养。

第十五条 民政部门要做好困难家庭残疾儿童的医疗救助和基本生活救助，解决好残疾儿童康复期间的生活困难问题；支持儿童福利机构开展残疾儿童康复救助工作，协调社会力量捐助残疾儿童康复；积极培育和发展康复服务行业协会，发挥行业自律作用。

第十六条 人力社保部门要加强对开展残疾儿童康复的医疗保险定点机构的管理、监督，将符合规定的残疾儿童康复费用纳入城乡合作医疗保险报销范围。

第十七条 卫生健康部门要加强对开展残疾儿童康复的医疗机构的监督管理，开展康复专业技术人员培养、培训工作，加强残疾儿童筛查、诊断、转介、效果评估、残疾预防、康复知识宣传工作。



第十八条 市场监管部门要加强康复机构涉企信息的归集，依托国家企业信用信息公示系统（重庆）依法对归集到的可公示信息进行公示。

第十九条 扶贫部门要将残疾儿童康复纳入精准扶贫、健康扶贫和教育扶贫重点内容，确保相关政策向贫困残疾儿童倾斜，加大兜底保障力度。

第二十条 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；配合做好残疾儿童筛查、康复需求统计等工作；准确掌握本地残疾儿童底数、康复需求、康复救助情况，并将需求和救助情况及时录入“残疾人精准康复服务管理系统”等数据库，建立完善救助对象档案资料，做到“一人一档”，并于每年12月15日前向市残联上报年度残疾儿童康复救助情况。

第七章 保障实施

第二十一条 建立由区政府分管副区长牵头，区残联具体负责，区政府相关部门参加的联席会议机制，加强统筹指导、组织协调，协同推进残疾儿童康复救助工作。对不作为、慢作为、乱作为的单位和个人加大行政问责力度，对违纪违法的严肃追究责



任。

第二十二条 区政府根据残疾儿童数量、救助标准、工作保障等情况，科学测算救助资金和工作经费需求，将残疾儿童康复救助资金及相应工作经费全部纳入政府预算，做好兜底保障，确保符合条件的残疾儿童应救尽救。

第八章 附则

第二十三条 本实施细则自公布之日起实施。如之前执行有关规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。原《重庆市潼南区人民政府关于印发重庆市潼南区残疾儿童康复救助制度实施细则（试行）的通知》（潼南府发〔2018〕15号）同时废止。

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



附件 1-1

潼南区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	1、手术： <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入手术 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术 2、辅助器具： <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 3、基本康复训练： <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 4、其他：						
定点康复机构							
补贴方式	<input type="checkbox"/> 免费 <input type="checkbox"/> 定额补助(金额：)						
残疾人或监护人申请							申请人： 年 月 日
区县(自治县)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 1-2

潼南区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： <input type="checkbox"/> 大病保险： <input type="checkbox"/> 医疗救助： <input type="checkbox"/> 其他救助： 合计：			元 元 元 元 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1-3

潼南区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：