

重点任务分工

序号	牵头单位	重点任务	配合单位
1	市残联	推动各方面共同做好残疾儿童康复救助工作。	市教育局、市民政局、市医疗保障局、市卫生健康委等部门
2	市民政局	指导各地区落实医疗救助政策、临时救助政策等。 支持有资质的儿童福利机构在做好机构内孤残儿童服务的同时，为社会残疾儿童提供康复训练等服务。	市财政局、市卫生健康委、市残联
3	市残联 市群团工作服务中心	开展残疾人辅助器具个性化适配，重点普及助听器、助视器、假肢等残疾儿童使用的辅助器具。开展辅助器具回收再利用等社区服务，就近满足残疾儿童短期及应急辅助器具需求。	市财政局、市卫生健康委
4	市财政局	优化和调整支持结构，多渠道筹措资金，支持做好残疾儿童康复救助工作。配合市残联制定残疾儿童救助项目实施方案；审核补助资金分配方案并下拨资金；配合市残联对资金使用情况、项目完成情况进行监督与检查；根据全市项目需要安排必要的经费，保证项目需求筛查、检查指导等工作顺利开展。督导县级财政部门实施相关工作。	市残联、市民政局等部门

5	市医疗保障局	对于困难的重病、重残儿童和残疾孤儿，城乡居民基本医疗保险和大病保险给予适当倾斜，按规定及时纳入医疗救助。按照国家规定及时调整残疾儿童康复项目的医保政策，做好医疗费用、医疗机构残疾儿童康复补助费用的结算工作。联合卫生部门设计残疾儿童家庭医生签约服务诊疗服务项目。	市民政局、市财政局、市卫生健康委、市残联
6	市教育局	支持特殊教育学校、取得办园许可的残疾儿童康复机构和有教育资质的儿童福利机构开展特殊教育。	市民政局、市残联
7	市卫生健康委	逐步完善残疾儿童随班就读支持保障体系，为康复后的残疾儿童进入普通小学或幼儿园就读提供支持保障；鼓励市内高校开设康复相关专业，形成康复专业技术人才职称晋升的良性运行机制。	市残联
8	市发展改革委	组织基层医疗卫生机构和残疾儿童定点医疗康复机构开展残疾儿童医疗康复服务。对有特殊康复技术的医疗机构进行确认。	市残联
9	市委宣传部	做好新增医疗康复服务项目价格制定工作，科学合理制定调整康复医疗服务价格，加强价格监管。	市残联、市医疗保障局、市卫生健康委
		加强网上宣传和社会宣传，做好残疾儿童康复救助相关政策解读工作。开展多种形式的残疾预防和残疾儿童康复救助宣传活动，强化全社会保护关爱残疾儿童权益意识，强化家庭履责的法律意识和政府主导、全民助残意识。	市民政局、市残联、市妇联

10	市残联	负责制定年度推进计划，组织项目实施并会同市财政等部门，组织有关人员和康复技术专家，检查监督各地和各定点康复机构项目执行进度和质量。做好项目申报、数据统计、检查验收、资金规范使用督导工作。依托残疾人康复设施加强残疾儿童康复训练，加强和完善残疾儿童康复设施建设和康复服务专业技术人员培养。	市民政局、市教育局、市财政局、市医疗保障局、市卫生健康委
11	市审计局 市财政局	加强对残疾儿童康复救助资金管理使用情况的监督检查。	市卫生健康委、市残联
12	市残联	积极参与省残联及相关部门开展的残疾儿童康复救助服务管理综合信息平台建设工作。	市发展改革委、市民政局、市妇联、市教育局、市卫生健康委、市医疗保障局
13	市残联	建立残疾儿童康复机构综合评估、诚信评价、失信行为联合惩戒机制，建立黑名单制度。加强监督管理，加强风险防控，及时查处违法违规行为和安全隐患事故。	市教育局、市公安局、市民政局、市卫生健康委、市市场监管局等部门

附件 2

鞍山市残疾儿童基本康复服务项目补助标准明细表

序号	项目类别	项目内容	参考补助标准 (元)	服务特定人群	服务机构	资金来源
1	儿童手术类	人工晶体（白内障复明）	100 元/人/年	各类残疾儿童	定点医院	中央财政补助、省、市、县（市） 区财政预算
		人工耳蜗植入产品	100000（一次性补助）	重度听障儿童	定额补助	中央财政补助、省、市、县（市） 区财政预算
		人工耳蜗植入手术	12000（一次性补助）		定额补助	
		肢体矫治手术	12000（一次性补助）	肢体残疾儿童	定点医院	中央财政补助、省、市、县（市） 区财政预算
		视力矫治手术	12000（一次性补助）	视力残疾儿童	定点医院	
		脊柱裂手术	12000（一次性补助）	肢体残疾儿童	定点医院	中央财政补助、省、市、县（市） 区财政预算
		唇腭裂手术	12000（一次性补助）	言语残疾儿童	定点医院	

儿 童 康 复 训 练 类						
定向行走、斜、弱视矫治	12000 (一次性补助)	视力残疾儿童	定点医院	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
人工耳蜗术后语言训练	14000 (一次性补助)	听力残疾儿童	定点康复机构	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
佩戴助听器产品	人均最高限额 5000 元 (一次性双耳补助)	听力残疾儿童	购买服务或定额补助	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
佩戴助听器语言训练	1000 元/人/月(连续补助)	听力残疾儿童	定点康复机构	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
肢体康复训练	1000 元/人/月(连续补助)	肢体残疾儿童	定点康复机构	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
助听器配置	1200 元/人 (一次性补助)	肢体残疾儿童	定点康复机构或辅助器具中心	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
智力儿童康复训练	1000 元/人/月(连续补助)	智力残疾儿童	定点康复机构	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
孤独症儿童康复训练	1000 元/人/月(连续补助)	孤独症儿童	定点康复机构	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
儿童社区康复训练	500 元/人/年	所有类别残疾儿童	承担残疾人家庭医生签约服务的基层医疗卫生机构和阳光家园等	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算

3	儿童生活补贴类	<p>贫困残疾儿童在康复救助期间本人和监护人交通、租房等生活成本补助</p>	<p>1700 元/人/月 最高 20000 元/年</p>	<p>在居住地以外的城市（含远郊）的专科医院定点医疗康复机构进行康复训练、当日往返有困难、需要家长专门陪伴的城乡最低生活保障对象、建档立卡贫困户家庭中的人工蜗植入手术后进行言语康复训练的听力言语障碍儿童、重度脑瘫、重度唇腭裂儿童、重度智力和孤独症儿童</p>	<p>定额补助</p>	<p>中央财政补助、省、市、县（市）区财政预算</p>
---	---------	----------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------

鞍山市残疾儿童基本康复辅助器具适配补助明细表

项目类别	项目内容	名称	单位	参考价格(元)	适用对象	使用年限	实际价格的%	评估级别	资金来源
		腕离断假肢	例	5000	适用于腕离断或前臂长残肢的残疾儿童少年	1	80%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算
		前臂假肢	例	5000	适用于前臂截肢的残疾儿童少年	1	80%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算
辅助器具类	儿童少年装饰性上肢	肘离断假肢	例	7000	适用于肘离断或上臂残肢过长、前臂极短残的残疾儿童少年	1	95%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算
		上臂假肢	例	7000	适用于上臂截肢的残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算
		肩部假肢	例	9000	适用于肩离断或上臂残肢过短的残疾儿童少年	1	80%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算

辅助器具类	儿童少年下肢假肢	赛姆假肢	例	3500	适用于踝部截肢、赛姆截肢或小腿残肢过长，经过评估适合装配的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
		小腿假肢	例	5000	适用于小腿截肢，经评估适合装配的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
		膝离断假肢	例	8000	适用于膝关节离断、小腿极短肢、大腿残肢过长，经评估适合装配的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
		大腿假肢	例	8000	适用于大腿截肢者，经评估适合装配的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
		髋离断假肢	例	12000	大腿极短的患者，髋离断截肢的患者	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
		足矫形器	例	320	扁平足、高弓足、内外翻足、糖尿病足、足弓部扭伤受压迫，胫骨后肌腱疼痛及前脚底疼痛等，经评估适合装配的足部功能障碍的残疾儿童少年	1	100%	县(市)区	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
			双	1400		1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算		
				腕手矫形器	例	700	手部畸形、掌指关节不能主动伸展、垂腕等残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县(市)区财政预算

辅助器具类	儿童少年矫形器	脊柱矫形器	例	3000	脊柱损伤或变形的残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		踝足矫形器	例	600	伤病导致的足下垂、内外翻足、踝关节无法控制等残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		支条式踝足矫形器	例	1500	伤病导致的足下垂、内外翻足、踝关节无法控制等残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		膝踝足矫形器	例	3500	适用于膝内翻、膝外翻、膝过伸、屈膝肌无力、膝韧带损伤、膝关节骨性关节炎等疾病引起的功能障碍，经过评估需要装配的残疾儿童少年。	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		膝部矫形器	例	1200	适用于膝内翻、膝外翻、膝过伸、屈膝肌无力、膝韧带损伤、膝关节骨性关节炎等疾病引起的功能障碍，经过评估需要装配的残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		髌矫形器	例	1600	适用于痉挛型脑瘫、先天性髌臼发育不良、髌关节内旋或外旋、佩特兹病等引起的下肢功能障碍，经过评估需要装配髌矫形器的残疾儿童少年	1	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算

辅助器具类	儿童少年辅具	坐姿椅	台	1500	适用于不能自行保持坐姿的残疾儿童	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童坐姿保持装置	件	1200	适用于身体重度变形, 一般坐姿椅和轮椅无法提供支撑的肢体残疾儿童	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童轮椅	台	1500	因脑瘫等原因需长时间借助轮椅进行生活、活动的残疾儿童	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童站立架	台	1200	适用于肢体功能障碍, 需借助站立架保持站立姿势进行训练的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童脑瘫专用轮椅	台	3000	适用于脑瘫儿童等, 障碍较重不能独立行走的残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童助行器	台	400	适用于不能独立行走的残疾儿童少年	3	100%	县(市)区	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算
		儿童助听器	台	5000	适用于有残余听力残疾儿童少年	3	100%	市级	中央财政补助、省、市、县 (市) 区财政预算

注: 1. 参考价格为指导性定价;

2. 使用年限为产品的正常使用年限(假肢一栏中, 假脚正常使用年限1年);
3. 双侧上臂截肢者, 一般在左侧装配机电假肢, 另一侧安装美容假肢。

附件 4

鞍山市残疾儿童康复救助申请审批表

申请日期：____年__月__日

儿童姓名		性别		民族		出生年月	
儿童身份证号				残疾类别			
监护人姓名		工作单位				联系电话	
家庭住址						邮政编码	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户 <input type="checkbox"/> 残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童 <input type="checkbox"/> 其他家庭经济困难					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"/> 享受居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受农村合作医疗 <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						
申请救助项目			康复训练机构名称				
监护人申请	<p style="text-align: right;">申请人(签字): 年 月 日</p>						
乡镇(街道)审批意见	<p style="text-align: right;">审核人(签字): 公章 年 月 日</p>						
户口所在地区残联审批意见	<p style="text-align: right;">审核人(签字): 公章 年 月 日</p>						

填表说明：此表由申请人（监护人）填写。一式一份，由户口所在地区残联留存。

附件 5

编号_____

鞍山市残疾儿童康复（医疗）救助通知单

_____机构（医院）：

受助人_____（身份证：_____）为_____县（市/区/开发区）居民，残疾类别_____，救助项目_____。经审核，该受助人符合救助政策，请按照有关规定，予以康复（医疗）救助。

康复（医疗）救助从_____年_____月_____日起开始实施。

_____年 _____月 _____日

-----接--缝--处--加--盖--公--章-----

编号_____

鞍山市残疾儿童康复（医疗）救助通知单

_____机构（医院）：

受助人_____（身份证：_____）为_____县（市/区/开发区）居民，残疾类别_____，救助项目_____。经审核，该受助人符合救助政策，请按照有关规定，予以康复（医疗）救助。

康复（医疗）救助从_____年_____月_____日起开始实施。

_____残联/社会事业局（盖章）

_____年 _____月 _____日