



重庆市渝中区人民政府办公室 关于印发《渝中区残疾儿童康复救助 实施细则》的通知

渝中府办〔2020〕45号

区级国家机关各部门，各管委会、街道办事处，有关单位：

《渝中区残疾儿童康复救助实施细则》已修订并经区政府第十三届人民政府第151次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市渝中区人民政府办公室

2020年12月15日

（此件公开发布）



渝中区残疾儿童康复救助实施细则

第一章 总则

第一条 根据《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）和重庆市残疾人联合会、重庆市财政局、重庆市教育委员会、重庆市民政局、重庆市人力资源和社会保障局、重庆市卫生和计划生育委员会、重庆市工商行政管理局、重庆市扶贫开发办公室等8部门制定的《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）等文件精神，结合我区实际，修订完善《渝中区残疾儿童康复救助实施细则》（渝中府办〔2018〕117号）文件。

第二条 残疾儿童康复救助坚持党委领导、政府主导、残联牵头、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年全区残疾儿童康复救助制度体系更加健全完善，残疾儿童康复服务供给能力显著增强，服务质量和保障水平明显提高，残疾儿童普遍享有



基本康复服务，实现残疾儿童康复救助全覆盖。

第二章 基本原则

第三条 坚持制度衔接、应救尽救。加强与基本医疗、社会救助等社会保障制度有效衔接，确保残疾儿童家庭求助有门、救助及时。

第四条 坚持尽力而为、量力而行。坚守底线、突出重点、完善制度、引导预期，坚持自愿、就近、就便原则，着力满足残疾儿童基本康复服务需求。

第五条 坚持规范有序、公开公正。建立科学规范、便民高效的运行机制，实行机构、救助对象实名制动态管理，主动接受群众和社会监督，做到公开透明、结果公正。

第六条 坚持政府主导、社会参与。更好发挥政府“保基本”作用，不断推进基本康复服务均等化；更好发挥社会力量作用，不断扩大康复服务供给，提高康复服务质量。

第三章 康复救助对象及条件

第七条 康复救助对象

（一）0-15 岁（不满 16 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。

第八条 康复救助条件

(一)渝中区户籍。

(二)0—6岁残疾儿童需持诊断证明(具备相关诊断能力的医疗机构出具的诊断证明)或残疾人证;7—15岁残疾儿童需持有残疾人证。

第四章 康复救助内容、标准和经费使用范围

第九条 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



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

为听力损失重度以上，配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。



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

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,经评估符合佩戴助听器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、一年内调试服务费用 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。



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

康复训练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总经费 70%及以上。

第五章 康复救助流程

第十条 康复救助应按以下程序办理

（一）申请。残疾儿童监护人持家庭户口本、诊断证明或残疾人证，向区残联提出申请。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。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，区残联填写《残疾儿童康复救助申请审批表》，残疾儿童监护人在市残联评审确定后的机构名单中，自主选择定点康复机构，再由区残联核定补助标准并签字、盖章确认、填写《残疾人精准康复服务手册》。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填写并提交《残疾儿童康复救助经费结算表》和《渝中区残疾儿童康复救助花名册》，同时，还需提交《残疾儿童康复救助申请审批表》《残疾人精准康复服务手册》及正规发票，每年6月、10月到区残联进行费用结算。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。

第十一条 残疾儿童因特殊原因需在重庆市外的定点康复机构接受康复服务的，残疾儿童监护人应向区残联提出书面申请，经区残联审核同意后方可接受康复服务，结算费用时，残疾儿童监护人在提供第十条规定的资料外，还需提供训练地残联下发定点机构的确定文件依据。

第六章 定点康复机构认定

第十二条 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，由市残联会同市卫健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



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

疾儿童矫治手术项目定点医院准入标准》确定。

第十三条 听力、言语、肢体、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根据区残联和区卫健委联合制定的《关于确定视力残疾儿童康复训练定点机构的通知》（渝中残联〔2018〕63号）规定执行。

第七章 康复救助管理与监督

第十四条 加强组织领导。

残疾儿童康复救助制度实行区人民政府负责制，建立由区政府分管领导牵头，区财政、教委、民政、医保、卫健、审计、市场监管、残联等部门参加的工作联席会，加强统筹指导、组织协调，协同推进残疾儿童康复救助工作。残疾儿童康复救助制度实行区政府负责制，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，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。政府有关部门和



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

残联组织要履职尽责、协作配合，加强工作衔接和信息共享，按职责分工做好相关工作，深化“放管服”改革，努力实现“最多跑一次”、“一站式结算”，切实提高便民服务水平。

第十五条 明确责任落实。

1. 区财政局。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；会同区审计等部门要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。

2. 区教委。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。

3. 区民政局。做好困难家庭残疾儿童的基本生活救助，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；加强对民非康复机构的监管和年审。

4. 区医保局。做好困难家庭残疾儿童的医疗救助；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。



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

5. 区卫健委。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。

6. 区市场监管局。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。

7. 区残联。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，并将需求和救助情况及时录入“中国残疾人服务平台—儿童康复救助系统”等数据库，建立完善救助对象档案资料，做到“一人一档”，每年12月15日前向市残联报送残疾儿童康复救助情况及相关资料。

8. 涉及机构安全、消防、财务等方面的监督管理，按照属地管理的原则，由机构上级主管部门及相关政府职能部门分工进行监督管理。

第十六条 加强康复体系建设。

根据渝中实际，科学设置康复服务机构，将康复机构设置纳入基本公共服务体系规划，鼓励和支持多种形式举办康复机构，逐步建立以家庭为基础、社区为依托、残疾人康复中心为主体、医疗卫生单位为技术支撑、社会康复机构共同参与的残疾儿童康复服务体系。加强康复人才教育培训培养，不断提高康复服务从



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

业人员能力素质。切实加强残疾儿童康复救助工作经办能力，确保事有人做、责有人负。推动建设残疾儿童康复救助服务管理综合信息平台。充分发挥居民委员会、基层医疗卫生机构、公益慈善组织和残疾人专职委员、社会工作者、志愿服务人员等社会力量作用，做好发现告知、协助申请、志愿服务等工作。健全多渠道筹资机制，鼓励、引导社会捐赠。

第十七条 加强监督管理。

区级有关部门要切实担负起残疾儿童救助工作监督管理责任。区残联要会同区政府有关部门做好康复机构监督管理，对定点康复机构实行动态复核、动态监管，按照《残疾儿童康复机构等级划分要求》（DB50/T731—2016）等相关标准，加强定点康复机构准入、退出等监管，及时查处违法违规行为和安全责任事故，确保残疾儿童人身安全。要建立覆盖康复机构、从业人员和救助对象家庭的诚信评价和失信行为联合惩戒机制，建立黑名单制度，做好公共信用信息记录和归集，加强与全国信用信息共享平台、国家企业信用信息公示系统的信息交换共享。要建立以技术专家组为主、有关部门共同参与的残疾儿童康复救助效果评价机制。加强对残疾儿童康复救助资金管理使用情况的监督检查，查处挤占、挪用、套取等违纪违法现象。对出具虚假材料骗取康复救助资金的单位和个人，要严肃查处。残疾儿童康复救助实施



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

和资金筹集情况要定期向社会公开，接受社会监督。区政府将适时组织专项督查。

第十八条 加大宣传力度。

各街道、区级有关部门要充分运用传统媒体、新媒体等多种手段大力开展残疾儿童康复救助制度政策解读和宣传，使社会各界广泛了解党和政府的爱民之心、惠民之举，帮助残疾儿童监护人准确知晓残疾儿童康复救助制度相关内容，了解申请程序和要求。积极引导全社会强化残疾预防和康复意识，关心、支持残疾儿童康复工作，营造良好社会环境。

第八章 经费保障

第十九条 在市级以上财政对残疾儿童康复救助工作给予资金补助基础上，区财政、教育、民政、医保、卫健、残联等相关部门要根据残疾儿童数量、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。

第九章 附则



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

第二十条 本细则自公布之日起实施。原《重庆市渝中区人民政府办公室关于印发<渝中区残疾儿童康复救助实施细则>的通知》（渝中府办〔2018〕117号）同时废止。

- 附件：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. 渝中区残疾儿童康复救助花名册
4. 残疾人精准康复服务手册



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	☐ 视力 ☐ 言语 ☐ 听力 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 精神(孤独症) (多重残疾可多选)						
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	☐ 城乡最低生活保障家庭 ☐ 建档立卡贫困户家庭 ☐ 儿童福利机构收留抚养 ☐ 残疾孤儿 ☐ 纳入特困人员供养范围残疾儿童 ☐ 其他经济困难家庭					户口 类别	☐ 农业户 ☐ 非农业户
享受医疗保险 情况	☐ 享受城乡居民基本医疗保险 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险 ☐ 无医疗保险						
康复救助项目	1. 手术: ☐ 人工耳蜗植入手术 ☐ 肢体矫治手术 2. 辅助器具: ☐ 助视器 ☐ 假肢、矫形器 ☐ 儿童轮椅、助行器等 ☐ 人工耳蜗 ☐ 助听器 3. 基本康复训练: ☐ 视觉技能训练 ☐ 定向行走训练 ☐ 听力语言训练 ☐ 脑瘫康复训练 ☐ 智力康复训练 ☐ 孤独症康复训练						



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

	4. 其他:
定点康复机构	
补贴方式	☐ 免费 ☐ 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 20 年 月 日

区县残联联系人:

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	☐ 城乡居民基本医疗保险：_____元 ☐ 大病保险：_____元 ☐ 医疗救助：_____元 ☐ 其他救助：_____元 合计：_____元						



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

申请结算金额	其中：1. 集体课：_____元/节，共上_____节，小计金额：_____元。	总金额	_____元
	2. 小组课：_____元/节，共上_____节，小计金额：_____元。		
	3. 个训课：_____元/节，共上_____节，小计金额：_____元。		
	结算金额合计：_____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



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

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. 申请结算金额中的课程情况可根据实际填写，结算金额合计等于课程小计总和；

4. 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；5. 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

渝中区残疾儿童康复救助花名册
(20 年度)

填报机构 (盖章):

序 号	儿童基本信息						监护人基本信息			儿童享受项目情况		监护人 签字
	姓名	身份证号码	性别	年龄	残疾类别	户籍地址	监护人 姓 名	联系电话	与儿童 关 系	受助 项目	救助起止 时 间	
1												
2												
3												
4												

[illegible]

机构负责人:

填报人：

填报时间： 年 月 日

注：1. 儿童残疾类别按残疾人证或医院诊断为准填写；2. 受助项目按本细则确定康复救助项目填写。



附件 4

残疾人精准康复

服



务手册

重庆市渝中区残疾人联合会制

残疾人基本信息

编号：_____



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

姓 名				小二寸 彩照
性别				
民 族				
联系电话				
户籍地				
居住地				
监护人姓名		电话		
与残疾人关系	父母 ☐ 配偶 ☐ 子 ☐ 女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 其他 ☐			
残疾类别	视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 精神 ☐			
残疾等级	一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级 ☐			
身份证号				
残疾人证号 (持证必填)				

康复需求评估与转介记录

康 复 需 求	视力	0-15 岁	视功能训练□ 定向行走/适应训练□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	白内障复明手术□ 视功能训练□ 支持性服务□	辅具适配/服务□ 定向行走/适应训练□
	听力 言语	0-15 岁	听觉言语功能训练□ 人工耳蜗植入/服务□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	辅具适配/服务□	支持性服务□
	肢体	0-15 岁	矫治手术□ 运动/适应训练□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	运动/适应训练□ 护理 □	辅具适配/服务□ 支持性服务□
	智力	0-15 岁	认知/适应训练□ 支持性服务□	辅具适配/服务□
		16 岁及以上	认知/适应训练□ 支持性服务□	辅具适配/服务□



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

	精神	0-15 岁	沟通/适应训练□ 辅具适配/服务□ 支持性服务□	
		16 岁及以上	服药救助□ 辅具适配/服务□ 住院救助□ 作业疗法训练□ 支持性服务□	
是否需要转介	是□ 否□			
转介至 (机构)				
评估单位名称	(单位盖章)			
评估人		评估时间	_____年_____月_____日	
备注	1. “康复需求”: 参照附表《残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写; “转介至(机构)”: 依据本区《残疾人精准康复服务康复评估、康复服务机构目录》填写相应机构名称;			

残疾人精准康复服务卡

康 复 服 务 项 目	视力	0-15 岁	视功能训练□ 定向行走/适应训练□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	白内障复明手术□ 视功能训练□ 支持性服务□	辅具适配/服务□ 定向行走/适应训练□
	听力 言语	0-15 岁	听觉言语功能训练□ 人工耳蜗植入/服务□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	辅具适配/服务□	支持性服务□
	肢体	0-15 岁	矫治手术□ 运动/适应训练□	辅具适配/服务□ 支持性服务□
		16 岁及以上	运动/适应训练□ 护理 □	辅具适配/服务□ 支持性服务□
	智力	0-15 岁	认知/适应训练□ 支持性服务□	辅具适配/服务□
		16 岁及以上	认知/适应训练□ 支持性服务☼	辅具适配/服务□
	精神	0-15 岁	沟通/适应训练□	辅具适配/服务□



重庆市渝中区人民政府行政规范性文件

			支持性服务□
		16 岁及以上	服药救助□ 辅具适配/服务□ 住院救助□ 作业疗法训练□ 支持性服务□
定点康 复机构			
补贴 方式	免费□ 定额补助□（金额：_____） 审核人： 残疾人联合会（单位盖章） _____年_____月_____日		
说明			



康复服务记录

服务项目													
服务 频次	月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	次数												
服务周期		____年__月__日至____年__月__日							服务人员				
									残疾人或监护人				
定点康复机构		(单位盖章) ____年__月__日											
备 注		1. “服务项目”：参照附表《残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；“服务频次”：指残疾人实际接受服务的课时数；“服务周期”：指残疾人接受“服务项目”中所注明服务的实际起止时间； 2. 本页由康复服务机构填写，残疾人或监护人在其接受服务后须签字确认。											



康复服务记录

服务项目													
服务 频次	月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	次数												
服务周期		____年__月__日至____年__月__日							服务人员				
									残疾人或监护人				
定点康复机构		(单位盖章) ____年__月__日											
备 注		1. “服务项目”：参照附表《残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；“服务频次”：指残疾人实际接受服务的课时数；“服务周期”：指残疾人接受“服务项目”中所注明服务的实际起止时间； 2. 本页由康复服务机构填写，残疾人或监护人在其接受服务后须签字确认。											

