

江苏省残疾人联合会办公室文件

苏残办发〔2025〕4号

省残联办公室关于落实扩大残疾儿童基本 康复服务对象有关事项的通知

各设区市残联：

为落实党的二十届三中全会关于“完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系”“推行由常住地登记户口提供基本公共服务制度”等有关要求，根据《省政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》《江苏省残疾儿童基本康复服务管理暂行办法》《江苏省残疾人事业发展补助资金管理办法》等文件精神，省财政厅在《关于下达2025年省级残疾人事业发展补助资金预算（第二批）的通知》（苏财社〔2025〕13号）中作出如下调整：残疾儿

童基本康复服务对象扩大到 16 周岁以下的肢体残疾和孤独症儿童，并将符合条件的持居住证残疾儿童纳入救助范围。现就落实残疾儿童基本康复服务有关事项明确如下：

一、调整后残疾儿童基本康复服务对象范围

有康复需求和康复意愿，经国内三级医院、县级以上残联指定的残疾评定机构或残疾评定专家组诊断评估有康复训练适应指征的 0-6 周岁残疾儿童、7-16 周岁肢体残疾和孤独症儿童、0-14 周岁人工耳蜗植入手术后康复训练儿童，并符合下列条件之一：

1. 本省户籍；
2. 本人或监护人一方持本县（市、区）居住证，本年度未在户籍地享受残疾儿童康复救助且监护人一方在本设区市（含所辖县市）范围内连续缴纳社会保险 36 个月及以上。

二、持居住证残疾儿童救助流程

持居住证残疾儿童在完成医学诊断或残疾评定后，可由监护人向居住地县级残联提出申请（附件 1）并享受康复救助，其余救助流程按照现行省残疾儿童基本康复服务实施规范执行。

三、持居住证残疾儿童证明材料

持居住证残疾儿童向居住地县级残联申请基本康复服务时，需提供的书面材料：

1. 本人和监护人身份证件（户口本）、居住证原件及复印件；
2. 医学诊断证明书（残疾评定表、残疾人证）；

3. 未享受户籍地残疾儿童康复救助证明（附件 2）；
4. 监护人社会保险记录。

四、其他事项

各设区市残联可根据本通知结合当地实际落实。本通知自印发之日起施行。

- 附件：1. 持居住证残疾儿童基本康复服务申请表
2. 未享受户籍地残疾儿童康复救助证明



附件 1

持居住证残疾儿童基本康复服务申请表

儿童姓名		性别		出生时间		民族	
身份证号							
监护人姓名				与被监护人关系			
监护人 身份证号							
户籍地址							
居住地址							
监护人 联系方式							
申请救助儿童 功能障碍基本 情况（按实际 情况选填）	经_____（专业医疗机构）诊断为：（ <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 智 力 <input type="checkbox"/> 肢体）功能障碍、 <input type="checkbox"/> 孤独症谱系障碍。次要障碍为_____。 经监护人申请，按照国家《残疾人残疾分类和分级》标准，评定为_____残 疾人，残疾等级____级。						
监护人申请	<p>我的被监护人_____基本情况如上，确认属实。现申请以下类别康复服务：</p> <p><input type="checkbox"/>视力康复服务 <input type="checkbox"/>听力康复服务 <input type="checkbox"/>言语康复服务 <input type="checkbox"/>肢体康复服务 <input type="checkbox"/>智力康复服务 <input type="checkbox"/>孤独症康复服务</p> <p>康复服务形式： <input type="checkbox"/>全日制 <input type="checkbox"/>非全日制</p> <p><input type="checkbox"/>其他（请注明）_____</p> <p>_____</p> <p>承诺：_____（儿童名字）信息真实准确，本年度未在户籍地 享受残疾儿童康复救助。若有违背，无条件退还此次申请的基本康复服 务费用，并承担责任。</p> <p>监护人（签名） 年 月 日</p>						
※以上各栏由申请人填写。遇“□”时请选择项打“√”。							

县（市、区） 残联审核意见	<p style="text-align: right;">（盖 章） 年 月 日</p>
残疾儿童及监护人身份证 (户口本)、居住证、医学诊断证明(残疾评定表、残疾人证)、社保记录	<p style="text-align: center;">审核书证材料(复印件)粘贴处</p>

※此表填写后由居住地县（市、区）残联存档备查。

附件 2

未享受户籍地残疾儿童康复救助证明

_____县（市、区）残联：

兹有我县（市、区）残疾儿童_____，性别：____，
出生日期：____年____月____日，身份证号：_____。
监护人姓名：_____，身份证号：_____，
联系电话：_____，户籍地址：_____。

该儿童未享受我县（市、区）_____年度残疾儿童康复救助。

特此证明。

_____县（市、区）残联（盖章）

年 月 日