

常熟市残疾人联合会

常残字〔2024〕16号

关于调整残疾儿童基本康复服务相关事项的通知

各镇(街道)残联、各定点机构:

根据《关于印发〈苏州市残疾儿童基本康复服务实施规范(2024版)〉的通知》(苏残字〔2024〕10号)文件要求,结合实际,经研究,自2024年4月1日起,我市残疾儿童基本康复服务按照《苏州市残疾儿童基本康复服务实施规范(2024版)》执行,同步启用调整后的相关报表。原《常熟市残疾儿童基本康复服务实施规范(试行)》(常残字〔2023〕18号)同时废止。

- 附件: 1. 常熟市0~18岁残疾儿童基本康复训练审批表
2. 常熟市残疾儿童定点康复机构康复服务明细表
3. 常熟市残疾儿童定点康复机构康复服务评价表
4. 常熟市0~18岁残疾儿童基本康复补助结算申请表
5. 常熟市残疾儿童康复补助结算汇总表(本地)
6. 常熟市残疾儿童康复补助结算汇总表(异地)

7. 《苏州市残疾儿童基本康复服务实施规范（2024版）》



市残联办公室

2024年6月11日印发

附件 1:

常熟市 0~18 岁残疾儿童基本康复训练审批表

镇（街道）残联：_____

姓 名		性 别		粘 贴 照 片
身份证号		出生年月		
户籍地址		联系电话		
家庭住址				
家 长 姓 名		与儿童 关系		
家 庭 经 济 状 况	享受低保 ☐ 收入低于当地人均收入一半的家庭 ☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 农村领取社会救助金 ☐ 其他_____ ☐			
残疾证号		残疾类别 及等级		
康复需求	视力 ☐ ；听力言语 ☐ ；肢体 ☐ ；智力 ☐ ；孤独症 ☐			
康复类型	医疗类 ☐ 教育类：全日制 ☐ ；非全日制预约式 ☐ ；非全日制康教融合式 ☐			
定点机构				
审 核 意 见	镇（街道）残联意见： 盖 章 年 月 日		市残联业务科意见： 年 月 日	
审 批 意 见	市残联分管领导意见： 盖 章 年 月 日			
备 注	1. 此表作为定点机构接收 0~18 岁残疾儿童康复训练和机构、家长申请补助的依据； 2. 审核、审批栏内，相关负责人签字并加盖公章； 3. 表格一式四份，申请人、定点康复机构、镇（街道）残联、市残联各执一份。			

附件 2:

常熟市残疾儿童定点康复机构康复服务明细表

儿童姓名: _____; 所在镇(街道): _____; 康复类型(机构盖章): _____; 康复起始日期: _____年____月____日; 填表月份: _____月

日期 第__周 月 日- 月 日	实际提供康复课 时(节)或次数	康复服务形式与 主要内容	家庭康复延伸内容	康复训练阶段性 效果描述	康复老师(医 师)签字	家长	
						签字	意见或建议

注: 1、本表由各定点机构康复老师如实填写, 要与考勤打卡记录一致; 2、本表一式两份, 机构和家长各执 1 份(机构申请补助时须向镇、街道提供)。

附件 3:

常熟市残疾儿童定点康复机构康复服务评价表

儿童姓名: _____; 康复类型: _____; 康复起始日期: _____年____月____日; 家长签名: _____										
月 份	机构康复训练有关情况评估项目				收费情况评估项目				意见建议及 联系电话	
	训练天数	训练项目 设置是否 满 意	环境及其 安全是否 满 意	训练人员 服务是否 满 意	康复阶段性 效果是否 满 意	政府补贴 政策是否 知 晓	机构收费 价格是否 事先告知	本月实际 交纳费用 (元)		收费是 否满意
			.			.			.	

注: 1、本表由家长每月根据实际情况自行评估; 2、机构申请补助时须向镇、街道提供。

附件 4:

常熟市 0 ~ 18 岁残疾儿童基本康复补助结算申请表

镇（街道）残联：_____

申请定点机构：_____

儿童姓名		性别		出生年月		
身份证号码			残疾人证号码			
家长姓名		性别		与补助对象关系		
身份证号码				联系电话		
家庭住址						
开户银行	常熟农商银行	开户人姓名		银行卡号		
康复类别	视力 ☐ ；听力言语 ☐ ；肢体 ☐ ；智力 ☐ ；孤独症 ☐					
补助月份	周岁	康复形式	每月康复天(次)数	补助标准(元)	发票金额(元)	补助金额(元)
年 月						
年 月						
年 月						
合 计						
申请对象	儿童家长签字： 年 月 日			机构负责人签字（盖章）： 年 月 日		
审核意见	镇（街道）残联意见： 盖 章 年 月 日			市残联业务科意见： 盖 章 年 月 日		
备注	视力康复每人享受 12 个月补助。累计已补____个月，本次补____个月，还余____个月。					

注：1. “康复形式”按以下格式填写：医疗类、教育类全日制、教育类门诊式、教育类康教式

2. 异地康复的儿童须填写“开户银行”信息，本市定点机构康复的儿童不需要填写。

附件5:

常熟市残疾儿童康复补助结算汇总表(本地)

镇、街道: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 _____

序号	姓名	身份证号	联系电话	康复机构	康复类别	补助明细(元)			
						月	月	月	合计
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
汇总金额(元)									

附件6:

常熟市残疾儿童康复补助结算汇总表(异地)

镇、街道: _____ 时间: _____ 年 月

(盖章)

序号	姓名	身份证号	联系电话	银行卡号(农商行)	持卡人姓名	康复类别	补助明细(元)			
							月	月	月	合计
2										
3		.		.			.			
4										
5										
6										
7										
8										
汇总金额(元)										