

张家港市残疾人联合会

张家港市财政局

张残发〔2021〕19号

关于印发张家港市残疾人辅助器具适配 补贴实施办法的通知

各区镇（街道）残联、财政局（所）：

经研究，现将《张家港市残疾人辅助器具适配补贴实施办法》
印发给你们，请认真贯彻执行。

张家港市残疾人联合会

张家港市财政局

2021年6月24日

张家港市残疾人辅助器具适配补贴实施办法

为进一步提高残疾人辅助器具适配水平，不断完善残疾人辅助器具保障体系，依据《江苏省残疾人辅助器具适配补贴办法》（苏残发〔2018〕57号）和《苏州市残疾人辅助器具适配补贴实施办法》（苏残字〔2020〕54号），结合我市实际，制定本办法。

一、补贴对象

辅助器具适配补贴对象是指具有本市户籍的以下人员：

- （一）持有《中华人民共和国残疾人证》的残疾人；
- （二）18周岁以下残疾儿童（需国内三级以上专业医疗机构诊断证明及相关检查诊断材料）；
- （三）在校残疾学生（需出具有效学生证和国内三级以上专业医疗机构诊断证明及相关检查诊断材料）。

二、补贴标准

（一）《张家港市残疾人基本型辅助器具补贴目录》附件1，以下简称《补贴目录》）明确了可提供适配补贴的残疾人群、辅助器具品种范围、补贴标准、使用年限。补贴标准含辅助器具补贴和适配评估、维修维护等服务费用。

（二）补贴对象适配《补贴目录》内的辅助器具可享受相应补贴。实际发生费用未超过对应补贴标准的，按适配辅助器具的实际发生费用给予补贴；实际发生费用超过对应补贴标准的，按对应补贴标准给予补贴，超出部分由个人支付。

(三) 补贴对象只能申请与其残疾类别相适应的辅助器具。如需跨残疾类别或等级申请辅助器具,应征得市残联同意后方可申请。18周岁以下残疾儿童(不含18周岁)、在校残疾学生,持国内三级以上专业医疗机构诊断证明及相关检查诊断材料申请与其残疾障碍具有关联性的辅助器具。

(四) 18周岁以下残疾儿童(含18周岁)在电子人工耳蜗手术后实行一次性救助,救助标准为12万/人;每类残疾类别的辅助器具补贴对象每年最多可申请两种类型辅助器具,原则上不超过4件。

(五) 同一品种辅助器具在使用年限内不得重复申请(助听器使用年限内可申请左右耳各1台;假肢、矫形器使用年限内可申请左右肢各1具)。

三、产品目录

市残联根据《苏州市残疾人基本辅助器具目录》组织编制《张家港市残疾人辅助器具适配产品目录》(以下简称《产品目录》)。市残联根据《产品目录》开展辅助器具适配补贴工作。如残疾人确因需要选择目录以外的产品,必须经由市残联审核同意,方可享受补贴。

四、服务流程

残疾人辅助器具适配应当遵循方便、就近、安全原则,对行动不便残疾人可提供上门适配服务。

(一) 辅助器具适配及家庭无障碍改造服务流程:

1. 申请。补贴对象(监护人或联系人)携带申请材料向户籍

所在村（社区）提出辅助器具适配或家庭无障碍改造服务申请。

2.初审。区镇残联工作人员对申请材料进行初步审核。

3.复审。市残联对上报材料进行复审，复审通过后转介至定点服务机构。

4.评估。定点服务机构根据残疾人功能障碍、个人愿望、居家环境等因素，开展评估并提出方案。

5.审核。市残联对定点服务机构提出的方案进行审核，并将审核结果反馈至定点服务机构。

6.适配。定点服务机构根据方案开展服务。

7.补贴。市残联按季度进行补贴发放。

8.回访。辅助器具（家庭无障碍改造）交付残疾人使用6个月内，村（社区）或区镇残联通过电话、上门等方式对残疾人使用情况进行回访。

9.维修。辅助器具保修期限内出现非故意损坏的，由定点服务机构或辅助器具厂家提供保修服务。保修服务期限外，如需更换零部件或维修的，产生费用由补贴对象自理。

五、服务机构

（一）结合本地残疾人辅助器具服务需求、辅助器具适配社会资源情况，以认定的方式分类确定残疾人辅助器具适配定点服务机构，市残联每年对服务机构进行考核。

（二）残疾人辅助器具适配定点机构基本条件：

1.具有国家行政管理部门批准的相应从业资质；

2.取得消防合格证书；

3.具有开展残疾人辅助器具服务工作的场地设施和基本设备;

4.配备有资质的辅助器具适配专业人员。

(三)残疾人辅助器具定点服务机构职责:

1.遵守国家法律法规;

2.接受残疾人联合会业务指导;

3.按照相关技术规范开展辅助器具适配服务,并确保残疾人辅助器具使用安全;

4.严格执行《张家港市残疾人辅助器具适配产品目录》价格,做到价物相符;

5.承担服务所产生的技术、质量、安全责任;

6.开展维修业务。

(四)残疾人辅助器具适配定点服务机构有下列行为之一的取消定点服务资格,三年内不得再认定为残疾人辅助器具定点服务机构:

1.违反国家有关法律法规的;

2.不按照相关技术规范开展残疾人辅助器具适配服务,造成残疾人伤害的;

3.弄虚作假、骗取残疾人辅助器具适配补贴经费的;

4.不执行《张家港市残疾人辅助器具适配产品目录》价格的;

5.出现严重事故,在社会上造成不良影响的;

6.其他违规行为。

六、监督管理

(一)市残联建立健全监督检查机制,加强对相关定点机构的指导、管理和监督;对残疾人辅助器具适配情况和服务质量定期开展监督检查。

(二)残疾人在申请辅助器具适配补贴中弄虚作假、虚报冒领以及将补贴适配的辅助器具出售、出租、转让的,一经发现,由市残联取消其辅助器具补贴资格。

(三)市残联应加强辅助器具适配补贴经费的管理,严格遵守相关财务规定,确保残疾人辅助器具适配补贴资金规范使用,不得虚报、冒领、截留、挪用和滞留资金。

七、其他事项

(一)本办法由张家港市残疾人联合会负责解释。

(二)本办法自2021年7月1日起实施。《张家港市残疾人辅助器具适配服务实施办法》(张残字〔2017〕13号)、《关于调整〈张家港市残疾人基本辅助器具补贴标准〉的通知》(苏残字〔2019〕8号)同时废止。

附件: 1.张家港市残疾人基本型辅助器具补贴目录

2.张家港市残疾人辅助器具适配补贴申请表

3.张家港市人工耳蜗植入手术补贴申请表

4.张家港市残疾人辅助器具适配服务回访登记表

张家港市残疾人基本型辅助器具补贴目录

辅具类别	名称	单位	补贴标准（元）	使用年限	适应对象
1.假肢类	1.1 上肢假肢（含装配费）	具	4500	3	18周岁以上残疾人
	1.2 上肢假肢（含装配费）	具	6000	3	残疾儿童、在校残疾学生
	1.3 大腿假肢（含装配费）	具	6000	4	大腿缺失的残疾人
	1.4 小腿假肢（含装配费）	具	3000	4	小腿缺失的残疾人
2.矫形器	2.1 矫形器（含装配费）	人	2500	1	残疾儿童、在校残疾学生
	3.1 矫形器（含装配费）	人	2500	2	18周岁以上残疾人
4.助听器类	4.1 助听器	台	1500	5	18周岁以上残疾人
	4.2 助听器	台	4000	3	残疾儿童、在校残疾学生
5.轮椅代步类	5.1 普通轮椅	辆	800	3	重度下肢残疾人
	5.2 护理型轮椅	辆	800	3	重度下肢残疾人
	5.3 多功能轮椅	辆	1000	3	重度下肢残疾人
	5.4 便携式轮椅	辆	500	3	重度下肢残疾人
	5.5 儿童轮椅	辆	1700	2	残疾儿童、在校残疾学生
	5.6 座便轮椅	辆	800	3	重度下肢残疾人
	5.7 电动轮椅	辆	1200	5	重度下肢残疾人
	5.8 电动代步车	辆	1200	5	重度下肢残疾人
	5.9 高靠背轮椅	辆	1250	3	重度下肢残疾人
	5.10 手摇三轮车	辆	760	3	重度下肢残疾人
6.助行类	6.1 腋拐	副	140	2	下肢残疾人
	6.2 肘拐	支	120	2	下肢残疾人
	6.3 四脚拐	个	120	2	下肢残疾人
	6.4 儿童拐杖	支	200	2	残疾儿童、在校残疾学生
	6.5 手杖	支	90	2	下肢残疾人
	6.6 助行器	个	300	2	下肢残疾人
	6.7 四轮儿童助行器	个	600	2	残疾儿童、在校残疾学生
	6.8 折叠式座便器助力架	个	500	2	下肢残疾人
	6.9 座便器助力架（电动）	个	1000	3	下肢残疾人

辅具类别	名称	单位	补贴标准（元）	使用年限	适应对象
7.生活护理类	7.1 座便器	个	350	2	下肢残疾人
	7.2 沐浴凳（椅）	张	300	2	下肢残疾人
	7.3 护理床	张	2600	6	长期卧床的重度残疾人
	7.4 防褥疮床垫	张	700	1	长期卧床的重度残疾人
	7.5 防褥疮坐垫	张	300	1	下肢残疾人
	7.6 防水床单	张	200	1	长期卧床的重度残疾人
	7.7 体位变换垫	个	150	1	长期卧床的重度残疾人
	7.8 防洒围裙	个	100	1	手功能障碍的残疾人
	7.9 移乘板	块	200	2	下肢残疾人
	7.10 吸盘碗	个	280	2	手功能障碍的残疾人
	7.11 自助餐具	套	120	2	手功能障碍的残疾人
	7.12 安装式盘架	个	85	2	手功能障碍的残疾人
	7.13 穿衣杖	个	90	2	手功能障碍的残疾人
	7.14 可调牙刷	只	65	2	手功能障碍的残疾人
	7.14 进食自助具套装	套	300	2	手功能障碍的残疾人
	7.16 洗浴自助具套装	套	300	2	手功能障碍的残疾人
8.光学和电子助视器类	8.1 中距离可调焦光学助视器（放大镜）	只	80	2	低视力残疾人
	8.2 低视力矫正眼镜	副	500	2	低视力残疾人
	8.3 支架放大镜	只	60	2	低视力残疾人
	8.4 单筒望远镜	只	80	2	低视力残疾人
	8.5 放大镜	只	50	2	低视力残疾人
	8.6 滤光镜	只	100	2	低视力残疾人
	8.7 胸挂式助视器	只	130	3	低视力残疾人
	8.8 立式助视器	只	80	3	低视力残疾人
	8.9 手持式电子助视器	台	450	3	低视力残疾人
	8.10 台式电子助视器	台	2300	3	低视力残疾人

辅具类别	名称	单位	补贴标准（元）	使用年限	适应对象
9.导盲信息类	9.1 盲人手机	部	650	3	盲视力残疾人
	9.2 盲人听书机	个	200	3	盲视力残疾人
	9.3 盲人电脑语音软件	套	300	3	盲视力残疾人
	9.4 盲人平板电脑	台	350	3	盲视力残疾人
	9.5 四节成人盲杖	根	80	2	盲视力残疾人
	9.6 三节儿童盲杖	根	100	2	残疾儿童、在校残疾学生
	9.7 七节盲杖	根	280	2	盲视力残疾人
	9.8 滚轮盲杖	根	120	2	盲视力残疾人
	9.9 盲表	只	80	2	盲视力残疾人
	9.10 防溢报警器	只	50	2	盲视力残疾人
	9.12 无障碍门铃	只	250	2	盲视力残疾人
	9.13 易写手写屏	只	380	1	盲视力残疾人
10.康复类	10.1 儿童站立架	台	1000	2	残疾儿童、在校残疾学生
	10.2 儿童坐姿矫正椅	台	1000	2	残疾儿童、在校残疾学生
11.安全类	11.1 防走失腕表	个	700	3	残疾儿童、智力、精神残疾人
12 移位类	12.1 爬楼机	台	1200	5	下肢残疾人
13.家庭无障碍改造		户	4000	5	

张家港市残疾人辅助器具适配补贴审批表

申请人基本情况	姓名		性别		出生年月			
	身份证号				残疾证号			
	家庭住址					联系电话		
	监护人		与残疾人关系			联系电话		
	残疾类别级别							
	申请人状况	☐ 18 周岁以下残疾儿童 ☐ 残疾学生 ☐ 持证残疾人						
	银行卡卡主			(关系)		卡号		
残疾人辅助器具适配信息	辅具名称、型号		辅具价格(元)		补贴标准(元)		补贴价格(元)	自付价格(元)
	合计							
供货方填写	辅具已适配并完成使用指导		适配机构(章): 签字: 日期: 年 月 日					
残疾人或监护人填写	确认收到所需辅具并能安全使用		签字: (关系) 日期: 年 月 日					
市残联 科室审核意见	审核意见:				市残联 分管领导意见		审批意见:	
	经办人:						签字:	
		日期:						日期:

张家港市人工耳蜗植入手术补贴申请表

姓 名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码			医保编号		
家庭住址					
监 护 人 姓 名			与申请人关系		
监护人银行卡号			联系电话		
裸耳听力 L/R(dB)			测听 方式	☐ 纯音测听 ☐ 行为测听 ☐ 声阻抗测听 ☐ 脑干诱发电位	
手术机构					
人工耳蜗植 入体型号					
植入手术发 票金额（元）		残联补助 金额（元）		医保补助 金额（元）	
手术机构填写	手术完成并 完成使用指导		手术机构（章）： 签字： 日期： 年 月 日		
残疾人或监护人 填写	确认手术 并能安全使用		签字： （关系） 日期： 年 月 日		
市残联 科室审核意见	审核意见： 经办人： 日期：		市残联 分管领导意见		审批意见： 签字： 日期：

张家港市残疾人辅助器具适配服务回访 登记表

姓 名		监护人 (或联系人)		联系 电话	
户籍地址					
家庭住址					
适配服务 定点机构					
适配辅具 名称					
辅具使用 情况	☐ 正常使用 ☐ 弃用				
	弃用原因: ☐ 辅具不合适 ☐ 辅具损坏 ☐ 其他原因				
残疾人 满意度	☐ 满意 ☐ 不满意				
维修需求或 改进意见					
回访人 签名		回访日期			