

# 甘肃省残疾人联合会文件

甘残联办发〔2021〕12号

---

## 甘肃省残联办公室 关于印发 2021 年全省残疾人 基本辅助器具适配服务和残疾儿童康复救助 项目实施方案的通知

各州市及甘肃矿区残联，兰州新区民政司法和社会保障局，省康复中心、省残疾人辅助器具资源中心、省听力语言康复中心：

根据省财政厅和省残联《关于下达 2021 年度残疾人事业发展专项资金的通知》（甘财社〔2021〕13 号）要求，为进一步做好 2021 年全省残疾人精准康复服务和残疾儿童康复救助工作，省残联研究制定了《2021 年全省残疾人基本辅助器具适配服务

项目实施方案》《2021年全省残疾儿童康复救助项目实施方案（一）》《2021年全省残疾儿童康复救助项目实施方案（二）》，现印发你们，请按照以下要求严格执行。

### **一、加强组织领导，精心安排部署**

加强残疾人精准康复服务和残疾儿童康复救助工作，是落实党中央“以人民为中心”思想的重要体现。各级残联要提高政治站位，高度重视项目实施工作，深刻汲取审计反馈问题教训，严格按照项目实施范围、标准、程序组织实施。要认真研究制定本级本部门项目实施方案，明确职责分工、工作流程和管理措施，做好资金分配、绩效评价和目标考核，严格把控救助对象的筛选、审核、救助、结算等重点环节，加强全过程监督管理，确保项目运行安全、实施规范、服务高质量。

### **二、规范项目管理，提升服务质量**

要建立公示制度，定期向社会公布项目救助情况。通过政府（残联）网站、微信公众号、新闻媒体或公示栏（墙），向社会公布残疾人康复救助政策，救助标准、工作流程、项目资金执行情况、康复救助对象情况、举报监督电话等，公示时间原则上不少于5天。要规范档案管理，服务档案应确保要素齐全，必须充分反映申请、评估、服务、经费使用明细及残疾人或残疾儿童家长确认签字等内容，切实加强康复机构服务监管。要开展满意度调查，通过安排专人电话随访、开展问卷调查，组织在康复服务

机构召开残疾人或残疾儿童家长见面会等形式对受助情况、康复效果、服务意见建议进行了解。

### 三、严格资金管理，注重绩效评价

要健全资金监管和绩效评价机制，全程监督问效。严格落实《甘肃省残疾人事业发展补助资金管理办法》要求，采取第三方审计监督、自查验收评估、经费明细公开、经费结算签字确认等方式，加强项目实施和经费管理，杜绝挤占挪用和改变资金用途，确保资金安全、项目安全、工作人员安全。要严格落实《甘肃省2020-2022年政府集中采购目录和采购限额标准》要求，规范开展辅助器具采购，确保采购流程合法合规，手续和资料齐全完备。建立项目绩效考核制度，根据工作进展情况，组织相关部门或委托第三方专业评估机构，对项目管理、康复效果、经费使用和绩效情况进行考评，及时向社会公布考评结果。

各级各部门要按照项目实施节点和有关要求，按时上报施工进度统计报表和项目总结报告。省残联将适时组织开展项目督导检查并进行通报。



# 2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务 项目实施方案

## 一、目标任务

为1.8万名有康复需求的残疾人提供基本辅助器具适配服务，为肢体残疾人适配假肢360例，为听力残疾人验配助听器2000台。

## 二、项目实施

### （一）实施范围。

救助对象为具有甘肃户籍且有康复需求的持证残疾人包括残疾儿童，残疾儿童可不持证。

### （二）实施主体。

1. 假肢适配任务由省残疾人辅助器具资源中心负责具体实施，市州、县区残联配合完成。
2. 助听器产品由省听力语言康复中心集中采购，并配合康复处做好分配下发工作，市州残联负责组织本地区筛查和验配工作。

### （三）补助标准。

1. 假肢适配标准为平均每例1万元。
2. 助听器验配标准为平均每台1500元。

3. 基本辅助器具适配标准为平均每人 300 元。

#### **(四) 完成时限。**

各地须于 2021 年 11 月 30 日前完成项目全部任务。

### **三、职责分工**

**省残联：**负责制定省级项目实施方案，分解下达任务指标和经费，协调解决项目实施中的重要问题；对项目实施进行督导检查 and 绩效评估，并适时对项目实施情况进行通报。

**省残疾人辅助器具资源中心：**负责制定本单位所承担项目的实施方案，做好项目招标采购、适配服务和技术指导，开展项目绩效评估并上报省残联康复处。

**省听力语言康复中心：**负责助听器产品招标采购和补充采购等相关工作，为市州提供技术指导，适时协调中标产品供应商开展适配服务。

**各市州残联：**负责制定上报本地项目实施方案和绩效目标，开展基本辅具适配和助听器验配工作，配合省辅具中心开展假肢适配工作，做好项目总结、绩效评估和有关数据统计上报。

### **四、工作要求**

(一) 市州残联要高度重视，严密组织。根据省残联下发的残疾人基本辅助器具适配服务项目实施方案，及时制定本地项目具体实施方案，组织项目的实施、建档，对适配对象情况进行公示，并于 4 月 25 日前将本地本单位实施方案上报省残联康复处。

要加强项目资金监督管理，专款专用，不得弄虚作假、挤占挪用项目资金。

(二)承担项目的各市州残联及省残联有关直属单位须于每月25日前(遇节假日提前)，向省残联康复处上报所承担的各项目当月实施进度统计表(见附件2);在项目结束时向省残联康复处汇总上报所承担的各项目受助对象花名册(见附件3)和项目总结报告。

附件：1. 2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目任务分配表

2. 2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目实施进度统计表

3. 2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目受助对象花名册

4. 2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目适配审批表

## 附件 1

## 2021 年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目任务分配表

地区	持证残疾人 2021 年 辅助器具需求 (人)	基本型辅具适配 任务数 (人)	(万元)	假肢适 配 (例)	(万元)	助听器采 购 (台)	(万元)
合 计	41,868	18,000	540.0				
兰州市	2,877	1,237	37.1				
嘉峪关市	266	114	3.4				
金昌市	333	143	4.3				
白银市	3,435	1,477	44.3				
天水市	5,793	2,491	74.7				
武威市	2,549	1,096	32.9				
张掖市	3,029	1,302	39.1				
平凉市	4,653	2,000	60.0				
酒泉市	2,332	1,003	30.1				
庆阳市	4,440	1,909	57.3				
定西市	2,469	1,061	31.8				
陇南市	5,052	2,172	65.2				
临夏州	2,429	1,044	31.3				
甘南州	2,069	890	26.7				
兰州新区	118	51	1.5				
甘肃矿区	24	10	0.3				
省辅具中心				360	360		
省听力中心						2000	300

说明：持证残疾人 2021 年康复需求为截至 2020 年 12 月 1 日动态更新数据。

附件 2

## 2021 年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目 实施进度统计表

填报单位：（市残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

项目名称	分配任务数	完成任务数	备注
假肢适配			
助听器适配			
基本辅助器具适配			
合计			

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：



附件 3

## 2021 年全省残疾人基本辅助器具适配服务项目受助对象花名册

填报单位：（市州残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

序号	姓名	民族	年龄 (岁)	身份证号	残疾证号	家庭住址	联系电话	适配辅具 名称和数量

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：

## 附件 4

# 2021 年残疾人基本辅助器具适配服务项目适配申请表

姓名	性别	民族	正面免冠 彩色照片	
出生日期	身份证号		家庭住址	
残疾类别	残疾等级		家庭住址	
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力	
监护人姓名	联系电话		与申请人关系	
辅助器具 需求情况	序号	基本辅具名称		适配数量
	1			
	2			
	3			
本人或监护人申请理由	本人或监护人(签字): 年 月 日			
项目实施单位审批意见	审核人(公章): 年 月 日			
适配结果	本人或监护人(签字): 年 月 日			

备注：适配结果中须注明适配名称及数量。

# 2021年残疾儿童康复救助项目实施方案(一)

## 一、目标任务

1. 为听力、言语残疾儿童实施康复训练 300 例。
2. 为肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童实施康复训练 760 例。

## 二、项目实施

### (一) 实施范围。

救助对象为具有甘肃户籍（含居住证发放地在甘肃）且符合条件的 18 周岁以下（以申请时间为准）视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童，优先保障 0-6 岁残疾儿童。

### (二) 救助标准。

听力、言语残疾儿童康复训练费每人每年 1.6 万元；智力、肢体残疾儿童和孤独症儿童康复训练费每人每年 2 万元；训练时间均不少于 10 个月。

## 三、职责分工

**省残联：**负责制定省级项目实施方案，分解下达任务指标和经费，对项目实施进行监督检查和绩效评估，适时对项目实施情况进行通报。

**省残联有关直属单位：**负责制定本单位所承担项目的实施方案，配合省残联康复处做好项目的技术指导和相关培训等工作，并做好自身承担项目的总结、绩效评价和数据统计上报工作。

**各市（州）残联：**负责本地项目全面实施工作，制定本地项目实施方案，组织项目实施和日常督导，做好项目总结、绩效评价和数据统计上报。

**承担项目的定点康复机构：**负责实施残疾儿童的康复救助，规范做好残疾儿童筛查、康复评估、康复救助、数据统计、档案管理、绩效评价等工作。

#### 四、工作要求

（一）各市州残联及省残联有关直属单位要高度重视项目实施工作，精心研究制定具体的项目实施方案，并于4月25日前将本地本单位实施方案上报省残联康复处。

（二）要严格项目经费管理，确保项目经费专款专用，不得弄虚作假、挤占挪用项目资金，切实发挥资金使用效率。严格执行项目管理制度，确保按规定做好救助对象的筛选和救助等工作，并建立公示制度，定期向社会公布项目救助情况。

（三）承担项目的各市州残联及省残联有关直属单位须于每月25日前（遇节假日提前），向省残联康复处上报所承担的各项目当月实施进度统计表（见附件2）；在项目结束时向省残联康复处汇总上报所承担的各项目受助对象花名册（见附件3）和项目总结报告。

附件：1. 2021年全省残疾儿童康复救助项目任务分配表

2. 2021年全省残疾儿童康复救助项目实施进度统计表

3. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目救助对象花名册
4. 2021 年残疾儿童康复救助项目听力言语残疾儿童  
康复救助审批表
5. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目肢体儿童康复  
救助审批表
6. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目智力残疾儿童  
康复救助审批表
7. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目孤独症儿童康  
复救助审批表

## 附件 1

2021 年全省残疾儿童康复救助项目任务分配表

地 区	残疾儿童数(人)	经费合计 (万元)	听力、言语		肢体、智力和孤独症	
			任务数(例)	经费(万元)	任务数(例)	经费(万元)
合 计	37238	2000	300	480	760	1520
兰州市	2404	156	10	16	70	140
嘉峪关市	186	20			10	20
金昌市	500	30			15	30
白银市	2288	116	10	16	50	100
天水市	4776	136	10	16	60	120
武威市	1875	136	10	16	60	120
张掖市	1256	116	10	16	50	100
平凉市	3083	136	10	16	60	120
酒泉市	886	106	10	16	45	90
庆阳市	4408	136	10	16	60	120
定西市	3856	136	10	16	60	120
陇南市	4104	136	10	16	60	120
甘南州	1704	60			30	60
临夏州	5720	60			30	60
兰州新区	185					
甘肃矿区	7					
省康复中心		200			100	200
省辅具中心						
省听力中心		320	200	320		

说明：数据来源为截至 2020 年 10 月中国残疾人服务平台精准康复 0-17 岁残疾儿童统计数据。

附件 2

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目实施进度统计表

填报单位：（市残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

项目名称	分配任务数	完成任务数	备注
听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练			
合计			

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 3

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目救助对象花名册

填报单位：（市州残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

序号	姓名	民族	年龄	身份证号	残疾证号	家庭住址	联系电话	救助项目名称

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：



附件 4

## 2021 年残疾儿童康复救助项目 听力言语残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期		身份证号				
户籍地		家庭住址				
诊断机构		诊断结果				
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 智力	残疾人证号 (持证必填)				
监护人姓名	联系电话	与儿童关系				
身份证号		工作单位				
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
助听设备 类型	左耳： <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗	助听设备 具体型号	左耳：			
	右耳： <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗		右耳：			
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 ____ 月 ____ 日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 ____ 月 ____ 日					

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 5

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 肢体儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期		身份证号				
户籍地		家庭住址				
诊断机构		诊断结果				
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)		
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力			
监护人姓名		联系电话		与儿童关系		
身份证号		工作单位				
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 ____ 月 ____ 日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 ____ 月 ____ 日					

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 6

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 智力残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期		身份证号				
户籍地		家庭住址				
诊断机构		诊断结果				
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 智力	残疾人证号 (持证必填)				
监护人姓名		联系电话		与儿童关系		
身份证号		工作单位				
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
儿童发育商	<input type="checkbox"/> ≤25 <input type="checkbox"/> ≤26-39 <input type="checkbox"/> ≤40-54 <input type="checkbox"/> ≤55-75					
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 月 日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 月 日					

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 7

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 孤独症儿童康复救助审批表

儿童姓名	性别	民族	正面免冠 彩色照片	
出生日期	身份证号			
户籍地	家庭住址			
诊断机构	诊断结果			
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力	
监护人姓名	联系电话	与儿童关系		
身份证号		工作单位		
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无			
监护人 申请理由	监护人(签字):		年	月
			日	
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章):		年	月
			日	

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

## 2021 年残疾儿童康复救助项目实施方案(二)

### 一、目标任务

1. 为全省视力残疾儿童实施康复训练 2000 例。
2. 为全省听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童实施康复训练或手术 600 例。
3. 为残疾儿童适配辅助器具 1000 例。

### 二、项目实施

#### (一) 实施范围。

救助对象为具有甘肃户籍（含居住证发放地在甘肃）且符合条件的 18 周岁以下（以申请时间为准）视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童，优先保障 0-6 岁残疾儿童。

#### (二) 救助标准。

1. 视力残疾儿童实施康复训练每例 0.5 万元，训练时间不少于 4 个月。
2. 听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童实施康复训练或手术每例 1.5 万元，训练时间不少于 6 个月。
3. 残疾儿童适配辅助器具，人均不超过 0.1 万元（含评估服务费）。

#### (三) 完成时限。

各地必须于 2021 年 11 月 30 日前完成项目全部任务。

### 三、职责分工

**省残联：**负责制定省级项目实施方案，分解下达任务指标和经费；对项目实施进行监督检查和绩效评估，对项目实施情况进行通报。

**省残联有关直属单位：**负责制定本单位所承担项目的实施方案，配合省残联康复处做好项目的技术指导和相关培训工作，并做好自身承担项目的总结、绩效评估和有关数据统计上报。

**各市（州）残联：**负责本地项目全面实施工作，制定本地项目实施方案，组织项目实施和日常督导，并做好项目总结、绩效评估和有关数据统计上报工作。

**承担项目的定点康复机构：**负责实施残疾儿童的康复救助，规范做好残疾儿童筛查、康复评估、康复救助、数据统计、档案管理、绩效评价等工作。

#### 四、工作要求

（一）各市州残联及省残联有关直属单位要高度重视项目实施工作，精心研究制定具体的项目实施方案，并于4月25日前将本地本单位实施方案上报省残联康复处。

（二）要严格项目经费管理，确保项目经费专款专用，不得弄虚作假、挤占挪用项目资金，切实发挥资金使用效率。严格执行项目管理制度，确保按规定做好救助对象的筛选和救助等工作，并建立公示制度，定期向社会公布项目救助情况。

（三）承担项目的各市州残联及省残联有关直属单位须于每月25日前（遇节假日提前），向省残联康复处上报所承担的各项目当月实施进度统计表（见附件2）；在项目结束时向省残联康复

处汇总上报所承担的各项目受助对象花名册（见附件3）和项目总结报告。

- 附件：1. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目任务分配表
2. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目实施进度统计表
3. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目救助对象花名册
4. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目视力残疾儿童康复救助审批表
5. 2021 年残疾儿童康复救助项目听力言语残疾儿童康复救助审批表
6. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目肢体儿童康复救助审批表
7. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目智力残疾儿童康复救助审批表
8. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目孤独症儿童康复救助审批表
9. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目残疾儿童手术审批表
10. 2021 年全省残疾儿童康复救助项目残疾儿童辅助器具适配审批表

## 附件 1

2021 年全省残疾儿童康复救助项目任务分配表

地区	低视力		听力、言语、肢体、智力和孤独症		辅助器具适配	
	任务数 (例)	经费 (万元)	任务数 (例)	经费 (万元)	任务数 (例)	经费 (万元)
合计	2000	1000	600	900	1000	100
兰州	200	100	70	105	0	0
嘉峪关	20	10	20	30	0	0
金昌	20	10	20	30	0	0
白银	200	100	50	75	30	3
天水	150	75	50	75	60	6
武威	200	100	50	75	60	6
张掖	240	120	50	75	70	7
平凉	30	15	40	60	30	3
酒泉	40	20	20	30	30	3
庆阳	0	0	20	30	30	3
定西	200	100	50	75	60	6
陇南	100	50	30	45	30	3
甘南	50	25	0	0	0	0
临夏	0	0	10	15	0	0
甘肃矿区	0	0	0	0	0	0
兰州新区	0	0	10	15	0	0
省康复中心	500	250	70	105	—	—
省辅具中心	50	25	10	15	600	60
省听力中心	—	—	30	45	—	—

说明：依据市州上报需求及 2020 年底动态更新数据进行分配。



附件 2

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 实施进度统计表

填报单位：（市残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

项目名称	分配任务数	完成任务数	备注
视力残疾儿童康复训练			
听力、言语、肢体、智力残疾儿童 和孤独症儿童康复训练或手术			
残疾儿童辅助器具适配			
合计			

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 3

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目救助对象花名册

填报单位：（市州残联/省中心盖章）

填报日期：2021 年 月 日

序号	姓名	民族	年龄	身份证号	残疾证号	家庭住址	联系电话	救助项目名称

市州残联领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 4

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 视力残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期		身份证号				
户籍地		家庭住址				
诊断机构		诊断结果				
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)		
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力			
监护人姓名		联系电话		与儿童关系		
身份证号		工作单位				
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
视力检查 情况	左眼:		右眼:			
监护人 申请理由	监护人 (签字): _____ 年 ____ 月 ____ 日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人 (盖章): _____ 年 ____ 月 ____ 日					

说明: 此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 5

## 2021 年残疾儿童康复救助项目 听力言语残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族	
出生日期		身份证号		正面免冠 彩色照片	
户籍地		家庭住址			
诊断机构		诊断结果			
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 智力	残疾人证号 (持证必填)			
监护人姓名	联系电话		与儿童关系		
身份证号		工作单位			
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无				
助听设备 类型	左耳： <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗	助听设备 具体型号	左耳：		
	右耳： <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗		右耳：		
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 月 日				
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 月 日				

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 6

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 肢体儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期	身份证号					
户籍地	家庭住址					
诊断机构	诊断结果					
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)		
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力			
监护人姓名	联系电话		与儿童关系			
身份证号		工作单位				
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ _____年 ____月 ____日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ _____年 ____月 ____日					

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 智力残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别					
出生日期		身份证号				正面免冠 彩色照片	
户籍地		家庭住址					
诊断机构		诊断结果					
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	残疾人证号 (持证必填)			
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力				
监护人姓名		联系电话		工作单位		与儿童关系	
身份证号							
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无						
儿童发育商	<input type="checkbox"/> ≤25	<input type="checkbox"/> ≤26-39	<input type="checkbox"/> ≤40-54	<input type="checkbox"/> ≤55-75			
监护人 申请理由	监护人(签字):						
	年    月    日						
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章):						
	年    月    日						

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 8

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 孤独症儿童康复救助审批表

儿童姓名	性别	民族	正面免冠 彩色照片	
出生日期	家庭住址			
户籍地	诊断结果			
诊断机构	残疾人证号 (持证必填)			
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体	
	<input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 智力	
监护人姓名	联系电话	与儿童关系		
身份证号	工作单位			
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无			
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 ____ 月 ____ 日			
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 ____ 月 ____ 日			

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。

附件 9

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 残疾儿童手术审批表

儿童姓名	性别		民族	正面免冠 彩色照片
出生日期	身份证号			
户籍地	家庭住址			
诊断机构	诊断结果			
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力	残疾人证号 (持证必填)
监护人姓名	联系电话		与儿童关系	
身份证号			工作单位	
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无			
致残部位	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 其他	是否需要辅助器具	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ _____ 年 ____ 月 ____ 日			
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ _____ 年 ____ 月 ____ 日			

说明: 此表由市州残联、康复机构各留存 1 份。



## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 残疾儿童辅助器具适配审批表

儿童姓名		性别		民族		正面免冠 彩色照片
出生日期	身份证号					
户籍地	家庭住址					
诊断机构	诊断结果					
残疾类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 言语	<input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力	残疾人证号 (持证必填)		
监护人姓名	联系电话	与儿童关系				
身份证号	工作单位					
医疗保险 享受情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无					
辅助器具 需求情况	序号	产品名称及数量				
监护人 申请理由	监护人(签字): _____ 年 月 日					
市州残联 (康复机构) 审批意见	审核人(盖章): _____ 年 月 日					
适配结果	监护人(签字): _____ 年 月 日					

说明：此表由市州残联、康复机构各留存 1 份；适配结果中须注明适配名称及数量。

