# 甘肃省残疾人联合会文件

甘残办发(2021)12号

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

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

省残联研究制定了 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, 展专项资金的通知》(甘财社〔2021〕13 号)要求,为进一步做 根据省财政厅和省残联《关于下达 2021 年度残疾人事业发 《2021年全省残疾人基本辅助器具适配服务

(-)页 现印发你们, Ш 採 《2021年 本 紫》 请按照以下要求严格执行  $\|2021$ 全省残疾儿童康复救助项 年 H) 渺 残疾儿 量 康 貢 Ш 救助项 实施方案(二)》, Ш 兴海方

## 一、加强组织领导,精心安排部署

站位, 做好 运行安全、 审核 级本部门项 格按照项 兆 # 资 央 加强残疾人精准康复服务和残疾儿童 卣黄 救助、 金分配、绩效评价和目标考核,严格把控救助对象的筛选 "以人民为中心" Ш 重视项目 实施规范、服务高质量 Ш 结算等重点环节, 实施方案, 围、标准、 实施工作,深刻汲取审计反馈问题 思想的重 明确职责分工、 程 加强 序组织实施。 要体现。 全过程监督管理, 工作流程和管理措施, 康复救助工作, 各级残联要提 要认真研究制定 确保项 教训,严 高政治 是 落实

## 二、规范项目管理,提升服务质量

长确认 少十 漕光 \* 公布残疾 (残联) 区区  $\mathfrak{O}$ 要建立公示制度, 通过安排专 夠 申请 H, 康 复救助对象情况、 逐落、 4 人康复救助政策, 要规范 樂 许名 内 浚信 容 , 档案管理, 人电话随访、 服务、 拉 公众号、 实加强 定期向社会公布项 举报监 经费使用明细及残疾人或残疾 救助标准、 服务档案 康 新闻媒体或公示栏 开展问卷调查, 复机构服务 梦田 应确保要素 店 工作流程 等,公示时间原 Ш 救助情况。 祘 徊 组织在 (嫱), 页目 東

王 茶金 资 展满 康复复 嵐 烈上不 金丸行 必

※

※ 向社会 14 政政 童

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 服务意见建议进行了 解。

## 三、严格资金管理, 注重绩效评价

建立项 效情况进行考评, 托第三 2020-2022 年政府集中采购目录和采购限额标准》 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。 确保资金安全、 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, 审计监督、 《甘肃省残疾人事业发展补助资金管理办法》要求, 采取第三 要健全资金监管和绩效评价机制, 全程监督问效。 方专业评估机构, 对项目 Ш 绩效考核制度,根据工作进展情况,组织相关部门或委 自查验收评估、经费明细公开、 项目安全、 及时向社会公布考评结果。 工作人员安全。要严格落实《甘肃省 管理、康复效果、 经费结算签字确认等 经费使用和绩 要求, 严格落实 规范开

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



## 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

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

### 二、项目实施

## (一) 实施范围。

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

## (二) 实施主体。

- 海 市业、 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 县市区残联配合完成。
- 工作。 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 2 助听器产品由省听力语言康复中心集中招标采购,并配

### (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。

 $\omega$ 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 1 回 30 Ш 前完 成及 Ш 全部任务。

### 三、职责分工

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

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

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

井 配工作, 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 各市州残联: 做好项 Ш 负责制定上报本地项目实施方案和绩效目标, 、特別 绩效评估和有关数据统计上报。

### 四、工作要求

残疾 示,并干 具体实施方案, 人基本辅助器具适配服务项目 (一) 市州残联要高度 4月25日前将本地本单位实施方案上报省残联康复处。 组织项 Ш 的实施、 重视, 建档, 严密组织。 实施方案, 对适配对象情况进行公 及时制定本地项目 根据省残联  $\dashv$ 汝的

页 要加强项 Ш 资金。 Ш 资金监督管理, 专款专用, 不得弄虚作假、 挤占挪用

复处汇  $\overline{\Pi}$ 一 目总结报告。 账 25 川 (二)承担项目的各市州残联及省残联有 Ш 欧 实施进度统计表 严 上报所承担的各项目受助对象花名册(见附件 3) (遇节假日提前),向省残联康复处上报所承担的各项 (见附件2); 在项目结束时向省残联康 美 一里 厩 丰 白 紙 和项 4 体

-务分配表 2021年 1 亭 、残疾 人基本辅助器具适配服务 页 Ш 往

- 2 施进度统计表 2021 年全省残疾人基本辅助器具适 配服务 瓦 Ш 俫
- $\omega$ 助对象花名册 2021 年全省残疾 人基 本辅助器具适 配服务项 Ш 赋
- 配审批表 2021 年全省残疾人基本辅助器具适 配服务 页 Ш 湖

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。

#### 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

适配结果	项目实施单位审批意见	本人或监护人申请理由		需求情况	辅助器具		监护人姓名	残疾类别	残疾级别	出生日期	姓名
			သ	2	1	411		□视力□言语			
								□听力□精神			
4		7				基本辅	联系电话	力 □肢体 神 □智力	家庭住址	身份证号	性别
本人或监护人(签字):	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	本人或监护人(签字):				基本辅具名称		残疾人证号 (持证必填)			
(平)	审核人(公章):	極						類)			民族
弁	<b>:</b> 年	); 				总	与申请人关系				
<u> </u>	囲	旦				适配数量	关系			H W	
Ш	ш	Ш								正面免冠彩色照片	

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、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%药园。

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

## (二) 救助标准。

肢体残疾儿童和孤独症儿童康复训练费每 间均不少于10个月。 **听力、** 言语残疾儿童康复训练费每人每年 、本 年 1.6  $\sim$ 为元; H 15 训练时 咎 大大、

### 三、职责分工

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

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

价和数据统计上报 Ш 採 摇 谷 本 平 翭 (達) 组织项目 残联: 实施和日常督 负责本地项 Ш 411 1 恒 做好项 ※ 選 工余, Ш ÇIK 船 過 ,本地项 绩效评

规范 徊 曲 做好残疾儿童筛查、 承担项目 绩效评价等工作。 的定点康复机构: 康复评估 负 责 浜浴 康复救助、 炭 疾  $\succeq$ 畫 数据统计、 恕 康 食 档案

### 四、工作要求

- 本地本单位实施方案 施工作, 精心研究制定具体的项目 ) 各市州残联及省残联有关直 上报省残联康复处。 实施方案, 軍軍 位無 十半千 恒 4 寅 回 25 拠项 Ш 严裕 Ш 採
- 行政 并建立公示制度, 弄虚作假、 Ш 管理制度,确保按规定做好救助对象的筛选和救助等工作 桥占 要严格项 挪用项目 定期向社会公布项目救助情况。 Ш 经费管理, 资金, 切实发挥资金 确保项  $\coprod$ 经 寅 费 4 裁 一溪 4 E 半等
- 回  $\prod$ . . 账 25 欧 M 四零 实施进度统计表 上报所承担的各项目受助对象花名册 (见附件 3) 和项 承担项目的各市州残联及省残联有关直 (週节假日提前), (见附件2); 向省残联康复处上报所承担的各项 在项目 船 東时向省残联康复 厩 市 浜 四次 4
- 2021 年 全省残疾儿童 康 复 救助项 Ш 在 分条

年全省残疾儿童康复救助项目

实施进度统计表

2021

- 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

1). 1 <del></del>	型片 11 支型 (1)	经费合计	听力、	言语	肢体、智	力和孤独症
地区	残疾儿童数(人)	(万元)	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:

#### 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	受助项目 名称

市州残联领导签字:

填报人签字:

联系方式:

## 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

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

#### 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

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

## 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

市州残联 (康复机构) 审批意见	斯	儿童发育商	医疗保险享受情况	身份证号	监护人姓名	残疾类别(可多选)	诊断机构	户籍地	出生日期	儿童姓名
		□ ≪ 25	□			□视力 □听力□言语 □精神				
		5 □≤26-39	□城乡居民基本医疗保险		联系电话	] 听力 □ 肢体 ] 精神 □ 智力	诊断结果	家庭住址	身份证号	性别
<b>审</b> 核人	話			工作单位		残疾人证号(待证必填)				
审核人 (盖章):	监护人(終字):	□≪40-54 □	□其他保险		与儿童关系					民族
年 月 日	年月日	□ ≪55-75	口无					※ 色照片	正面免冠	

## 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

市州残联 (康复机构) 审批意见	世山東海理由	医污保险导质况	身份证号	监护人姓名	残疾类别(可多选)	诊断机构	户籍地	出生日期	儿童姓名
		□城乡長			□视力 □听力□音语 □精神				
		□城乡居民基本医疗保险		联系电话	□腹体	诊断结果	家庭住址	导份证号	性别
审核	話步		工作单位		残疾人证号(持证必填)				
审核人(盖章): 年	监护人(签字): 年	□其他保险		与儿童关系					民族
Ш	日	口无					彩色照片	正面免冠	

# 2021 年残疾儿童康复救助项目实施方案(\_

### 一、目标任务

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

### 二、项目实施

## (一) 实癌范围。

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

## (二) 救助标准。

- 4 今月。 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
- 训练或手术每例1.5万元,训练时间不少于6个月。 2. 听力、 一部、 肢体、 智力残疾儿童和孤独症儿 畫 ※ 選
- 务费)。 3. 残疾儿童适配辅助器具, 人均不超过 0.1 万元 (含评估服

## (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

行通报 经 费 残联: 对政 Ш 实施进行 负 责 、制定省 监督检查和绩效评估, 级项 Ш 实施 广 獗 # 对政 -解下达 Ш 在 实施情况进 栋

獗 做好 配 省残联有 合金 身承担项 残联康复处做好项目的技术指 关直 目的总结、绩效评估和有关数据统计上报。 属单位: 负责制定本单位所承担 导和相 关培训工 瓦 Ш 罗米 童 并 4

评估和有 Ш 张 各市 徭 大寨大 关数据统计上报工作。 (州) 残联: 组织项目 负责本地项目全面实施工作, 实施和日常督导, 并做好项目 制定本地 ÇIK 沿 绩效 页

规范 承担项 做好残疾儿童筛查、 绩效评价等工 目的定点 命。 康复机构: 康复评估 负责 实施残疾儿童 康复救助、 数据 恕 统计、 康 貢《 数型 整整

### 四、工作要求

- 施工作, 本地本单位实施方案 精心研究 各市州残联及省残联有关直 制定具体的项目 一 省残联康复处。 实施方案, 厩 单位要 半十 恒 4 庫 厂 25 拠圾 Ш 阿洛 Ш 採
- 行 弄虚作假、 并建立公示制度 瓦 Ш 魯理 無運 菸 要严格项 IIT 挪用项 确保按规定做好救助对象的筛选和救助等工作 定期向社会公布项目救助情况。 Ш 经费 Ш 资金, 會理, 切实发挥资金使 确保项 Ш 经 费 用效率 4 裁 4 E
- $\prod$ 回 账 25 一 Ш 111 实施进度统计表 严 承担项 (週节假日提前), Ш 的各市州残联及省残联有 向省残联康复处 在项目 铅 美 東时向省残联康 上报所承担的各项 直 厩 严 何 띭 4 食

结报告 外汽 ÇIK 上报所承担的各项目受助对象花名册(见附件 3) 和项 四次

- $\vdash$ 2021年 全省残疾儿童 康复救助项 Ш 任务分配 表
- 2 2021年 全省残疾儿童康复救助项 Ш 实施进 度统计表
- $\omega$ 2021 年全省残疾儿童 康复救助项 Ш 救助对象花 名選
- 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

- <u>ა</u> 2021 年残疾儿 复救助审批表 量 康复救助项目听力 때 湖 残疾儿 童 康
- 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
- .~ 2021 年全省 复救助审批表 災 疾儿童 康 复救助项目智 力残疾儿童 康
- $\infty$ 2021 年全省残疾儿童 救助审批表 康复救助项目孤独症儿童 東复
- 9. 挑卷 2021 年全省残疾儿童 康复救助项目残疾儿 重 # \*
- 10.2021年全 器具适配审批表 渺 残疾儿童康复救助项目残疾儿童辅助

附件 1

#### 2021 年全省残疾儿童康复救助项目任务分配表

				· / <b>/</b> / · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
III 17	低	视力	听力、言语、肢体、	智力和孤独症	辅助者	器具适配
地区	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	_	<u>—</u>
省辅具中心	50	25	10	15	600	60
省听力中心			30	45	_	<u> </u>
			and the second s			

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

埴报单位,	(市残联/省中心盖章)	
77 IV T IV •		

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	受助项目 名称

市州残联领导签字:

填报人签字:

联系方式:

## 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

	· ·	审核人 (盖章):	审核					市州残联 (康复机构) 审批意见
旦	产):	监护人(签字):	話步					监护人申请理由
								视力检查情况
			右眼:				左眼:	
一光	KP.	其他保险		医疗保险	□城乡居民基本医疗保险	□		医疗保险享受情况
			工作单位	Н				多证分量
	与儿童关系	与儿童			联系电话			监护人姓名
			残疾人证号 (持证必填)	残%	力 □肢体 神 □智力	力 □听力 语 □精神	□视力□言语	残疾类别 (可多选)
					诊断结果			诊断机构
彩色照片					家庭住址			户籍地
正面免冠					身份证号			出生日期
		民族			性别			儿童姓名

## 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

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

## 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

市州残联 (康复机构) 审批意见	监护人申请理由	医疗保险享受情况	号亚份库	监护人姓名	残疾类别 (可多选)	诊断机构	户籍地	出生日期	儿童姓名
		□城乡月			□视力 □听力 □言语 □精神				
		□城乡居民基本医疗保险		联系电话	□殿体	诊断结果	家庭住址	身份证号	性别
自	詩		工作单位		残疾人证号 (持证必填)				
审核人(盖章):	监护人(签字):	□其他保险		与儿童关系					民族
H H	年 月 日	口无		77-1			彩色照片	正面免冠	

## 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

Ш	审核人(盖章): 年	审核人			市州残联 (康复机构) 审批意见
H	监护人 (	斯 书 人			监护人申请理由
□≪55-75		39 □≤40-54	□ ≤ 26-39	□≪25	儿童发育商
一无	□其他保险		城乡居民基本医疗保险	□城乡,	医疗保险享受情况
		工作单位			身份证号
	与儿童关系		联系电话		监护人姓名
		残疾人证号 (持证必填)	力 □ 肢体 神 □ 智力	□视力 □听力□言语 □精神	残疾类别(可多选)
			诊断结果		诊断机构
彩色照片			家庭住址		户籍地
正面免冠			身份证号		出生日期
	民族		性别		儿童姓名

## 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

市州残联 (康复机构) 审批意见	申请世人	医疗保险享受情况	身份证号	监护人姓名	残疾类别(可多选)	诊断机构	户籍地	出生日期	儿童姓名
		□城乡居			□视力 □听力□言语 □精神				
		□城乡居民基本医疗保险		联系电话	□胰体□智力	诊断结果	家庭住址	身份证号	性别
<b>垂</b> 核	哲		工作单位		残疾人证号(持证必填)				
审核人(盖章): 年	斯····································	□其他保险		与儿童关系					民族
	年 月	口无					彩色照片	正面免冠	

## 2021 年全省残疾儿童康复救助项目 残疾儿童手术审批表

市州残联 (康复机构) 审批意见	斯· 申请理由	致残部位	医疗保险享受情况	号亚份库	监护人姓名	残疾类别 (可多选)	诊断机构	户籍地	出生日期	儿童姓名
		口上肢 口				□视力 [ □言语 [				
		]下肢 口脊柱 [	<b>□城乡居民基本医疗保险</b>		联系电话	<ul><li>□ 听力</li><li>□ 肢体</li><li>□ 精神</li><li>□ 智力</li></ul>	诊断结果	家庭住址	身份证号	性别
		口其他	疗保险	工作单位		残疾人证号 (持证必填)				
<b>迪</b>	岩	一番	」 」	南		填)				
审核人 (	监护人(签字):	是否需要辅助器具	□其他保险		与儿童关系					民族
併	併		□无		州					
月日	Э	□是 □否	无					彩色照片	正面免冠	

## 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

<ul> <li>( 残疾人证号</li></ul>	适配结果	市州残联 (康复机构) 审批意见	监护人 申请理由	需求情况	辅助器具	本	医疗保险 口城亭受情况	身份证号	监护人姓名	山市湖	残疾类别   □视力 □	诊断机构	户籍地	当年 工
作单位 作单位 口其他保险 口其他保险 审核人(签字): 年							5 居民基本医		联系电话			诊断结果	家庭住址	身份证号
	訴	垂	訴			产品名称及		工作单位		(持证必填)	残疾人证号			
	护人 (签字):					叉数量	1其他保险		与儿童关系					
							一一光						彩色照片	正面免:

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。

中
蕉
渺
災
採
菸
$\Rightarrow$
宝