

中山市残疾人基本型辅助器具适配 补助实施细则

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为建立健全残疾人辅助器具适配补贴长效保障机制，满足残疾人对基本型辅助器具适配的需求，根据《关于印发广东省残疾人基本型辅助器具适配补贴实施办法的通知》（粤残联〔2018〕6号）《中山市残疾人保障办法（修订）》（中府〔202*〕**号）的精神，结合我市实际，制定本细则。

第二条 辅助器具适配从满足残疾人的基本生活需要出发，坚持需求导向，以“保基本，全覆盖”为基本原则，以普通型、大众化辅助器具为主，重点解决残疾人最基本、最迫切需要的辅助器具，同时兼顾残疾人多样化、个性化的适配需求，确保辅助器具适配补贴覆盖全市所有有需求的残疾人。

第二章 辅助器具适配补贴对象

第三条 残疾人基本型辅助器具适配补贴对象为：

1. 持有效《中华人民共和国残疾人证》的本市户籍残疾人；

2. 经市级定点评残机构评定符合国家残疾标准但未办理残疾人证的 0-6 岁本市户籍儿童。

第三章 辅助器具适配目录和补贴标准

第四条 辅助器具适配补贴标准

根据《广东省残疾人基本型辅助器具适配补贴目录》，结合本市社会经济发展水平，制定《中山市残疾人基本型辅助器具适配补贴目录》（以下简称《适配补贴目录》，附件 1），明确残疾人基本型辅助器具适配目录和补贴标准。对符合条件的残疾儿童和持证残疾人辅助器具适配给予补贴。

《适配补贴目录》根据实际需要适时调整，适当增加适配品种，提高补贴标准。

第五条 在有效使用期限内，同一种类辅助器具适配补贴只能享受一次。对于有不同种类辅助器具需求的多重残疾人，申请享受补贴的辅助器具种类不得超过 2 种。

第六条 服务对象申请《适配补贴目录》中的辅助器具适配，必须经定点服务机构进行专业评估和适配，才能按照《适配补贴目录》的补贴标准给予补贴。如补助金额高于补贴标准的，按补贴标准给予补贴，超出部分由残疾人承担。

第七条 补贴标准与之前执行标准有差异的，以本细则为准。

第四章 申请、审批和适配、结算流程

第八条 残疾人辅助器具适配申请和审批流程：

(一) 申请。 申请人或监护人在辖区内的村（社区）居委会领取并填写《中山市残疾人基本型辅助器具适配申请表》（一式叁份）（附件 2），同时提供残疾人证（0-6 岁未有残疾人证的，由镇街残联提供其有效的残疾评定表）、户口簿或身份证等复印件，递交给村（社区）居委会。

(二) 初审。 村（社区）居委会对申请人的辅助器具需求情况进行初审（1. 申请人的辅助器具类别与残疾类别一致；2. 对申请人历年的辅助器具适配情况进行核查），同时提出意见，村（社区）审核盖章后，递交给镇街残联。

(三) 复审。 镇街残联对申请人提交的资料进行复核，同时提出意见，审核盖章后，于每月 25 日前将上述资料报市残联。

(四) 审批。 市残联根据镇街提交的资料，进行比对审批。不符合申请资格的，市残联退回申请并说明理由。

(五) 评估。 市残联审批同意后，根据申请人的选择，安排定点辅助器具评估机构进行评估（行动不便的可预约上门评估），定点辅助器具评估机构对其需求进行专业评估后出具《中山市残疾人辅助器具适配评估意见表》（以下简称《适配意见》，附件 3），由申请人在定点辅助器具适配机构名单中自行选择一家定点辅助器具适配机构进行适配及使用训练的服务。

(六) 适配。 定点辅助器具适配机构严格按照评估机构出

具的《适配意见》对申请人进行个性化适配，并在《中山市残疾人辅助器具适配表》（以下简称《适配表》，附件4）中列明适配辅助器具名称、数量、补贴金额等事项。定点辅助器具适配机构须对申请人进行辅助器具使用训练，申请人得到适配服务后，在《适配表》上签名确认。

（七）结算。定点辅助器具适配机构提供服务后，定期将《适配意见》《适配表》及《中山市残疾人辅助器具适配补贴结算汇总表》（附件5）等材料提交市残联，市残联定期与定点辅助器具适配机构进行结算。

符合资质的定点辅助器具评估机构可同时开展适配服务，同一申请人的评估与适配可由同一定点服务机构提供。

第五章 经费保障和管理

第九条 经费保障

残疾人基本型辅助器具适配补贴经费纳入市残联部门预算，有条件的镇街可配套实施。

第十条 管理与监督

（一）根据《中山市残疾人康复服务定点机构管理办法》（中山残联〔2021〕41号）对定点辅助器具适配机构进行管理。

（二）辅助器具适配补贴申请人和定点服务机构须如实填报有关资料，不得以弄虚作假手段骗取补贴资金。申请过程中

弄虚作假、骗取补贴的，追回补贴资金并在5年内不能享受辅助器具补贴优惠政策。参与弄虚作假、骗取补贴的服务机构，取消其定点机构资格，将相关情况报告公安局；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（三）各镇街残联要做好补贴对象的资格审查，并对辅助器具使用情况进行跟踪和监管。享受适配补贴使用期限内的辅助器具不得出售、出租或有偿转让，一经发现，5年内不能享受辅助器具补贴优惠政策。

（四）已纳入当地基本医疗保险支付范围的辅助器具品种，按规定由基本医疗保险支付，能够由社会保险赔付的由社会保险赔付，不得重复申请辅助器具适配补贴。

（五）实行专账管理，专款专用，提高辅助器具适配补贴经费的使用效率。

（六）财政部门要切实履行职能，加强残疾人辅助器具适配补贴经费的管理和监督，提高经费管理使用的规范性、安全性和有效性。

第六章 附 则

第十一条 本细则自印发之日起实施。如之前有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

第十二条 功能性镇街参照本细则执行。

附件：

1. 中山市残疾人基本型辅助器具适配补贴目录
2. 中山市残疾人基本型辅助器具适配补贴申请表
3. 中山市残疾人辅助器具适配评估意见表
4. 中山市残疾人辅助器具适配表
5. 中山市残疾人辅助器具适配补贴结算汇总表
6. 中山市残疾人辅助器具适配补贴定点服务机构和定点评估机构目录

附件 1

中山市残疾人基本型辅助器具适配补贴目录

| 类别 | 名称 | 补贴标准（元） | 单位 | 最低使用年限 | |
|----------|-----|--------------------|----------------------------|--------|-----|
| 肢体 残疾 | 假肢 | 部分足假肢 | 2000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 踝离断假肢 | 2000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 小腿假肢 | 3000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 膝离断假肢 | 5000 元 “双低”家庭残疾人 8000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 大腿假肢 | 6000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 髁离断假肢 | 8000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 部分手假肢 | 2000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 腕离断简易假肢 | 3000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 前臂装饰假肢 | 4000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 上臂装饰假肢 (含肘离断假肢) | 4500 元 “双低”家庭残疾人 8000 元 | 具 | 3 年 |
| | | 肩关节离断装饰假肢 | 8000 元 | 具 | 3 年 |
| | 矫形器 | 矫形鞋 | 1000 元 | 只 | 2 年 |
| | | 足部矫形器 | 500 元 | 具 | 2 年 |
| | | 踝足矫形器 | 1000 元 | 具 | 2 年 |
| | | 膝踝足矫形器 | 1500 元 | 具 | 2 年 |
| | | 脊柱矫形器 | 1000 元 | 具 | 2 年 |
| | | 手部矫形器 | 300 元 | 具 | 2 年 |
| | | 颈托 | 200 元 | 个 | 2 年 |

| 类别 | 名称 | 补贴标准（元） | 单位 | 最低使用年限 | |
|----------|---------------|---------|--------|--------|-----|
| 肢体 残疾 | 移动 辅具 类 | 护理型轮椅 | 500 元 | 台 | 4 年 |
| | | 坐便轮椅 | 550 元 | 台 | 4 年 |
| | | 普通轮椅 | 400 元 | 台 | 4 年 |
| | | 高靠背功能轮椅 | 800 元 | 台 | 4 年 |
| | | 手摇三轮车 | 800 元 | 台 | 4 年 |
| | | 电动轮椅 | 2000 元 | 台 | 5 年 |
| | | 防褥疮座垫 | 500 元 | 张 | 2 年 |
| | | 助行器 | 200 元 | 台 | 3 年 |
| | | 坐姿椅 | 500 元 | 张 | 3 年 |
| | | 站立架 | 500 元 | 张 | 3 年 |
| | | 腋拐 | 80 元 | 副 | 2 年 |
| | | 肘拐 | 50 元 | 支 | 2 年 |
| | | 手杖 | 50 元 | 支 | 2 年 |
| | | 移乘板 | 150 元 | 个 | 3 年 |
| | 护理 类 | 护理床 | 1500 元 | 张 | 8 年 |
| | | 床用桌 | 200 元 | 张 | 5 年 |
| | | 可调靠架 | 150 元 | 个 | 3 年 |
| | | 防褥疮床垫 | 500 元 | 张 | 5 年 |
| | | 座便椅 | 300 元 | 张 | 3 年 |
| 沐浴椅 | | 300 元 | 张 | 3 年 | |

| 类别 | 名称 | | 补贴标准（元） | 单位 | 最低使用年限 |
|-------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|-----|--------|
| 肢体 残疾 | 日常 生活 类辅 具 | 进食类辅具（专用刀、叉、勺、筷、杯盘、防滑垫等） | 50 元 （每人最高补贴 2 件） | 件 | 2 年 |
| | | 衣着类辅助器具（专用穿衣、穿鞋、穿袜） | | 件 | |
| | | 洗漱类辅具（专用牙刷、梳子、刷子等） | | 件 | |
| | | 居家类辅助器具（专用门把手、烹调用具、开瓶罐器、特制开关等） | | 件 | |
| 视力 残疾 | 盲文写字板和笔 | | 100 元 | 套 | 5 年 |
| | 听书机 | | 200 元 | 台 | 3 年 |
| | 普通盲杖 | | 60 元 | 支 | 3 年 |
| | 闪光报警盲杖 | | 100 元 | 支 | 3 年 |
| | 光学放大镜 | | 80 元 | 个 | 3 年 |
| | 眼镜式助视器 | | 100 元 | 件 | 3 年 |
| | 低视力定制眼镜 | | 300 元 | 副 | 3 年 |
| | 单筒望远镜 | | 50 元 | 台 | 3 年 |
| | 盲用手表 | | 50 元 | 只 | 3 年 |
| | 阅读架 | | 50 元 | 个 | 3 年 |
| | 盲用报警水壶 | | 100 元 | 个 | 3 年 |
| | 盲用电饭煲 | | 200 元 | 个 | 3 年 |
| | 盲用收音机 | | 100 元 | 台 | 3 年 |
| | 远近两用台式电子 | | 3000 元 | 台 | 5 年 |
| | 闪光语音门铃 | | 100 元 | 个 | 2 年 |
| | 近用手持电子助视器 | | 450 元 | 台 | 5 年 |
| 基本型远、近距离助视器 | | 1000 元 | 台 | 3 年 | |

| 类别 | 名称 | 补贴标准（元） | 单位 | 最低使用年限 |
|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|----|--|
| 听力 残疾 | 闪光门铃 | 100 元 | 个 | 2 年 |
| | 7 岁及以上助听器 (耳背/定制式) | 2500 元 7-17 岁、“双低”家庭残疾人 3500 元 | 台 | 7-17 岁 5 年 1 次，成人 8 年 1 次，可 双耳适配。 |
| | 盒式助听器 | 300 元 | 台 | 5 年 |
| | 震动闹钟 | 80 元 | 个 | 2 年 |
| | 聋用手写电子 沟通板 | 150 元 | 台 | 3 年 |
| 电脑 辅助器 具 | 盲用电脑软件 | 300 元 | 套 | 4 年 |
| | 手部辅助支架 | 150 元 | 件 | 4 年 |
| 0-6 岁 残 疾 儿 童 | 儿童坐姿椅 | 800 元 | 张 | 3 年 |
| | 儿童轮椅 | 500 元 | 张 | 3 年 |
| | 儿童站立架 | 500 元 | 台 | 3 年 |
| | 儿童助行器 | 200 元 | 台 | 3 年 |
| | 儿童助听器 | 3000 元 “双低”家庭残疾人 5000 元 | 台 | 3 年，可双耳 适配。 |
| | 儿童踝足矫形器 | 1000 元 | 具 | 1 年 |
| | 无线调频系统 | 3000 元 | 套 | 3 年 |

说明：

1. 本目录中的辅助器具均为基本型产品。
2. 本目录中没有标明 7-17 岁或双低家庭享受具体补助标准的，同类别同年龄段的残疾人均可同等享受。

附件 2

中山市残疾人基本型辅助器具适配申请表

(年度)

| | | | | | | | |
|----------------------|---|----|--|-----------------|------|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | | 出生年月 | |
| 身份证号 | | | | 残疾人证号 (持证必填) | | | |
| 残疾类别 | <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神(多重残疾可多选) | | | | | | |
| 残疾等级 | <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 | | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | 联系电话 | | |
| 家庭经济状况 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入 | | | 监护人姓名 | | | |
| 辅具需求 (个人根据实际情况填写) | <p style="text-align: right;">申请人或监护人(签名): _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | | |
| 定点评估及适配机构选择 | | | | | | | |
| 村(社区)委员会意见 | <p>复印件是否齐全: <input type="checkbox"/>身份证 <input type="checkbox"/>户口簿 <input type="checkbox"/>残疾人证(或残疾评定表) 残疾类别是否对应: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 核查适配情况: <input type="checkbox"/>未适配 <input type="checkbox"/>已适配_____ (时间) (公章) 审核人: _____ 年 月 日</p> | | | | | | |
| 镇街残联意见 | <p style="text-align: right;">审核人: _____ (公章) 年 月 日</p> | | | | | | |
| 市残联审批意见 | <p style="text-align: right;">审批人: _____ (公章) 年 月 日</p> | | | | | | |

填表说明:

1. 此表一式叁份。由申请人或其监护人填写,经村(社区)逐级审核上报至镇街残联,镇街残联上报市残联。市残联、镇街残联及定点服务机构各存一份。
2. 需附材料:(1)户口本或身份证、残疾人证(0-6岁未有残疾人证的,由镇街残联提供其有效的残疾评定表);(2)家庭贫困的出示:低保、低收入证明。所有复印件镇街残联要加盖公章。

附件 3

中山市残疾人辅助器具适配评估意见表

评估机构名称：

| | | | | | | | |
|----------|------|------|--|-----------|--|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | | 出生年月 | |
| 身份证号 | | | | 残疾人证号 | | | |
| 家庭住址 | | | | 监护人姓名 | | 联系电话 | |
| 残疾类别 | | 残疾等级 | 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 身体功能状况 | 评估情况 | | | | | | |
| | 肢体 | | | | | | |
| | 视力 | | | | | | |
| | 听力 | | | | | | |
| | 其它 | | | | | | |
| 辅助器具适配建议 | | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | |
| 评估人签名： | | | | 评估机构：（盖章） | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | |

附件 4

中山市残疾人辅助器具适配表

适配机构名称（盖章）：

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|-------------------|--------|---------|-------------|----|--|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 学历 | |
| 残疾类别及等级 | | | | 残疾人证号 | | | |
| 适配项目 | | | | | | | |
| 适配辅具名称 | 型号 | | | 生产或销售企业 | | | |
| | 数量 | | | | | | |
| 使用训练项目 | | | 使用训练时间 | | | | |
| 适配效果 | | | | | | | |
| 总体效果 | | | | | | | |
| 总费用 (含服务费) 元 | | 申请补贴 金额 (元) | | | 自付金额 (元) | | |
| 服务对象 确认 | 签名：_____ 年 月 日 | | | | | | |

适配人员签名：_____ 年 月 日

附件 5

中山市残疾人辅助器具适配补贴结算汇总表

填报单位（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号 | 家庭住址 | 适配项目 | 补贴金额（元） | 备注 |
|----|----|----|------|------|------|-------|------|------|---------|----|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

经办人：

负责人：

填报时间：

市残疾人辅具服务中心审核人：

审核时间：

说明：1. 定点服务机构填写，在与市残联结算时提供使用。

2. 本表一式三份，定点服务机构、市残疾人辅具服务中心与市残联各存一份。