

中山市残疾人联合会文件

中山残联〔2022〕55号

关于进一步规范残疾儿童手术类康复救助工作流程的通知

火炬开发区残联，各镇街残联：

根据中山市残联《关于印发〈中山市残疾儿童康复救助实施细则〉的通知》（中山残联〔2022〕17号）文件精神，为满足我市残疾儿童人工耳蜗植入、肢体残疾矫治等手术类康复需求，进一步规范救助工作流程，现将有关事项通知如下：

一、手术类康复救助内容

按照《中山市残疾儿童康复救助实施细则》有关规定和标准，为1-17岁重度听力残疾儿童植入人工耳蜗、0-6岁肢体残疾儿童矫治手术提供一次性补助。

（一）人工耳蜗植入

1. 救助对象：1-17岁重度听力残疾儿童。
2. 救助条件：符合植入电子耳蜗有关条件，筛选标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013版）》（中华医学会编著）。

（二）肢体残疾矫治

1. 救助对象：0-6岁肢体残疾儿童。
2. 救助条件：符合先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等矫治手术条件。

二、手术类康复救助流程

（一）申请

1. 残疾儿童监护人可前往残疾儿童户籍所在镇（街道）残联领取申请资料，资料准备齐全后向市残联提出申请，做好术前备案。

2. 申请资料包括：

（1）申请表：《中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表》（附件1）。

（2）户籍证明：残疾儿童的身份证或户口本等。

（3）残疾证明：7岁及以上儿童需提供《中华人民共和国残疾人证》，0-6岁残疾儿童可提供我市定点诊断机构《中山市残疾儿童诊断证明书》（附件2）。

（4）评估证明：肢体矫治手术，有医疗资质医院的相关医生出具的《中山市残疾儿童手术类康复需求评估表》（附件3）；人工耳蜗手术，有市三甲医院的相关医生出具的《中山市残疾儿童手术类康复需求评估表》（附件3）。

（二）审核

市残联收到残疾儿童监护人提交的申请资料，审核无误后

同意申请，申请表盖章后返还复印件给申请人，用于后续结算申请。

（三）救助

残疾儿童监护人提交的申请获批后，即可前往有实施该手术条件的医院进行手术，手术需符合我市基本医疗保险规定。

（四）结算

1. 经基本医疗保险报销后仍需个人支付部分费用的，凭医院开具的有效票据向市残联提出救助申请，医保报销后个人支付部分低于补助标准的，按个人实际支付费用给予补助。具体救助标准根据《中山市残疾儿童康复救助实施细则》执行。

2. 结算资料包括：

（1）申请表：获批后的《中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表》复印件；

（2）票据及清单：医院出具的有效票据，并附上结算清单以及明细清单。

（3）手术记录：手术住院的出院记录等。

（4）银行账号：优先提供残疾儿童的医保卡，写清楚开户行。如提供监护人账号，需附出生证或户口本等关系证明。

（5）医保报销记录：外市手术，需回本市进行医保报销的，需提供医保报销凭证。

三、其他内容

（一）本次调整从2022年9月1日起实施，过去有关规定

与本次调整不一致的，以本次调整为准。

（二）本次调整的适用对象为非功能性镇（街道）的本市户籍残疾儿童，功能性镇（街道）可参照执行。

（三）本次调整未提及的内容，仍按《中山市残疾儿童康复救助实施细则》相关要求执行。

（四）人工耳蜗手术类救助按照《中山市残疾儿童康复救助实施细则》，从2022年3月1日开始执行一次性救助，在此之前做了一侧耳蜗的，也可以申请另一侧耳蜗的救助，标准按文件执行。

- 附件：1.中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表
2.中山市残疾儿童诊断证明书
3.中山市残疾儿童手术类康复需求评估表


中山市残疾人联合会
2022年8月9日

附件 1

中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表

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	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 困难残疾人 (附有效的低保、低收入或特困供养证明) <input type="checkbox"/> 非困难残疾人						
康复需求项目	手术 <input type="checkbox"/> 辅具适配 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> (附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请	意向服务机构:						申请人: 年 月 日
残联审批意见							审核人: 公 章 年 月 日

填表说明:

- 1.此表由残疾人或其监护人(代理人)填写并向市残联申请,由市残联审批并留存。
- 2.康复需求项目依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。
- 3.申请人填写意向服务机构。申请康复训练需意向服务机构盖章确认。
- 4.本表从2022年6月1日起实施,功能性镇(街道)可参照执行。

附件 2

中山市残疾儿童诊断证明书

儿童姓名		性别		出生 年月		贴照片处 (两寸近期免 冠白底彩照)
身份证号码						
住址						
指定 医院 或专业 机构 诊断 结果	<p>诊断结果：</p> <p>诊断符合_____残疾标准，表现达到_____级分级标准。</p> <p>处理意见：</p> <p>诊断医师：_____ 指定医院或专业机构（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

说明：

- 1.本诊断证明书是享受“中山市 0-6 岁残疾儿童康复救助项目”的重要依据，请妥善保管；
- 2.本诊断证明书应根据国家残疾标准评定并由定点诊断机构出具并加盖印章。

附件 3

中山市残疾儿童手术类康复需求评估表

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号				监护人		监护人电话	
残疾类别	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 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>						
项目	情况/结果摘要						
检测结果							
评估结论	是否具有康复服务适应指征（即通过康复服务可能达到功能重建或改善）						
手术意见							
说明	1.本康复需求评估表是申请中山市残疾儿童手术类康复救助项目的重要依据。 2.评估符合手术条件方可申请康复救助，进行术前备案。 3.肢体矫治手术：有医疗资质医院的相关医生出具；人工耳蜗手术由三甲医院的相关医生出具。						

评估机构（盖章）：

评估人：

评估时间： 年 月 日

关于进一步规范残疾儿童手术类康复救助 工作流程的通知

火炬开发区残联，各镇街残联：

根据中山市残联《关于印发〈中山市残疾儿童康复救助实施细则〉的通知》（中山残联〔2022〕17号）文件精神，为满足我市残疾儿童人工耳蜗植入、肢体残疾矫治等手术类康复需求，进一步规范救助工作流程，现将有关事项通知如下：

一、手术类康复救助内容

按照《中山市残疾儿童康复救助实施细则》有关规定和标准，为1-17岁重度听力残疾儿童植入人工耳蜗、0-6岁肢体残疾儿童矫治手术提供一次性补助。

（一）人工耳蜗植入

1. 救助对象：1-17岁重度听力残疾儿童。
2. 救助条件：符合植入电子耳蜗有关条件，筛选标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013版）》（中华医学会编著）。

（二）肢体残疾矫治

1. 救助对象：0-6岁肢体残疾儿童。

2. 救助条件：符合先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等矫治手术条件。

二、手术类康复救助流程

（一）申请

1. 残疾儿童监护人可前往残疾儿童户籍所在镇(街道)残联领取申请资料，资料准备齐全后向市残联提出申请，做好术前备案。

2. 申请资料包括：

（1）申请表：《中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表》（附件1）。

（2）户籍证明：残疾儿童的身份证或户口本等。

（3）残疾证明：7岁及以上儿童需提供《中华人民共和国残疾人证》，0-6岁残疾儿童可提供我市定点诊断机构《中山市残疾儿童诊断证明书》（附件2）。

（4）评估证明：肢体矫治手术，有医疗资质医院的相关医生出具的《中山市残疾儿童手术类康复需求评估表》（附件3）；人工耳蜗手术，有市三甲医院的相关医生出具的《中山市残疾儿童手术类康复需求评估表》（附件3）。

（二）审核

市残联收到残疾儿童监护人提交的申请资料，审核无误后同意申请，申请表盖章后返还复印件给申请人，用于后续

结算申请。

(三) 救助

残疾儿童监护人提交的申请获批后，即可前往有实施该手术条件的医院进行手术，手术需符合我市基本医疗保险规定。

(四) 结算

1. 经基本医疗保险报销后仍需个人支付部分费用的，凭医院开具的有效票据向市残联提出救助申请，医保报销后个人支付部分低于补助标准的，按个人实际支付费用给予补助。具体救助标准根据《中山市残疾儿童康复救助实施细则》执行。

2. 结算资料包括：

(1) 申请表：获批后的《中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表》复印件；

(2) 票据及清单：医院出具的有效票据，并附上结算清单以及明细清单。

(3) 手术记录：手术住院的出院记录等。

(4) 银行账号：优先提供残疾儿童的医保卡，写清楚开户行。如提供监护人账号，需附出生证或户口本等关系证明。

(5) 医保报销记录：外市手术，需回本市进行医保报销的，需提供医保报销凭证。

三、其他内容

（一）本次调整从2022年9月1日起实施，过去有关规定与本次调整不一致的，以本次调整为准。

（二）本次调整的适用对象为非功能性镇（街道）的本市户籍残疾儿童，功能性镇（街道）可参照执行。

（三）本次调整未提及的内容，仍按《中山市残疾儿童康复救助实施细则》相关要求执行。

（四）人工耳蜗手术类救助按照《中山市残疾儿童康复救助实施细则》，从2022年3月1日开始执行一次性救助，在此之前做了一侧耳蜗的，也可以申请申请另一侧耳蜗的救助，标准按文件执行。

- 附件：1. 中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表
2. 中山市残疾儿童诊断证明书
3. 中山市残疾儿童手术类康复需求评估表

中山市残疾人联合会

2022年8月9日

附件 1

中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表

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	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 困难残疾人 (附有效的低保、低收入或特困供养证明) <input type="checkbox"/> 非困难残疾人						
康复需求项目	手术 <input type="checkbox"/> 辅具适配 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> (附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请	意向服务机构: 申请人: 年 月 日						
残联审批意见	审核人: 公 章 年 月 日						

填表说明:

1. 此表由残疾人或其监护人(代理人)填写并向市残联申请,由市残联审批并留存。
2. 康复需求项目依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。
3. 申请人填写意向服务机构。申请康复训练需意向服务机构盖章确认。
4. 本表从 2022 年 6 月 1 日起实施,功能性镇(街道)可参照执行。

附件 2

中山市残疾儿童诊断证明书

儿童姓名		性别		出生 年月		贴照片处 (两寸近期免 冠白底彩照)
身份证号码						
住址						
指定 医院 或专业 机构 诊断 结果	<p>诊断结果:</p> <p>诊断符合_____残疾标准, 表现达到____级分级标准。</p> <p>处理意见:</p> <p>诊断医师: _____ 指定医院或专业机构 (盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

- 备注: 1.本诊断证明书是享受“中山市 0-6 岁残疾儿童康复救助项目”的重要依据, 请妥善保管;
- 2.本诊断证明书应根据国家残疾标准评定并由定点诊断机构出具并加盖印章。

附件 3

中山市残疾儿童手术类康复需求评估表

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号				监护人		监护人电话	
残疾类别	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 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>						
项目	情况/结果摘要						
检测结果							
评估结论	是否具有康复服务适应指征（即通过康复服务可能达到功能重建或改善）						
手术意见							
备注	1. 本康复需求评估表是申请中山市残疾儿童手术类康复救助项目的重要依据。 2. 评估符合手术条件方可申请康复救助，进行术前备案。 3. 肢体矫治手术：有医疗资质医院的相关医生出具；人工耳蜗手术由市三甲医院的相关医生出具。						

评估机构（盖章）：

评估人：

评估时间： 年 月 日