

常州市残疾人联合会 常州市财政局 文件

常 残〔2022〕3号

常州市残疾人辅助器具适配补贴暂行办法

各辖市、区残联，财政局，常州经开区残联、财政局：

为全面开展残疾人辅助器具适配服务，进一步满足残疾人辅具需求，根据《江苏省残疾人辅助器具适配补贴暂行办法》（苏残规〔2021〕1号），市残联、市财政研究制定了《常州市残疾人辅助器具适配补贴暂行办法》，现印发给你们，请贯彻执行。



常州市残疾人辅助器具适配补贴暂行办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻《江苏省残疾人辅助器具适配补贴暂行办法》（苏残规〔2021〕1号），进一步做好全市残疾人辅助器具适配服务，结合工作实际，制定本办法。

第二条 本办法所称残疾人辅助器具是指残疾人使用的，能预防、代偿、监护、减轻或降低损伤、防止活动受限和参与限制的特别生产或通用产品（包括器具、设备、工具、技术和软件等）。

第三条 残疾人辅助器具适配是指对残疾人辅助器具进行需求筛查和评估，购买、租赁、个性化改造、维修，展示和体验，使用指导，验收回访等服务。

第四条 残疾人辅助器具适配补贴应当遵循满足重点保障残疾人群基本型辅具配置需求、兼顾其他残疾人辅助器具服务需要的原则，着力为有需求的残疾人提供个性化、便捷化的辅助器具服务。

第五条 补贴资金来源为中央、省和市县（区）财政安排的可用于残疾人辅助器具适配项目的经费。其中，市县（区）财政安排的经费，按财政体制分担。

第二章 补贴资金使用范围、补贴对象和标准

第六条 残疾人辅助器具适配补贴资金使用范围包括：

(一) 购买补贴: 用于补贴残疾人购买辅助器具产品的支出。

(二) 服务补贴: 用于补贴残疾人辅助器具需求筛查、评估、租赁、个性化改造、维修、调试、安装、使用指导、适应性训练、验收回访等服务产生的支出。

第七条 补贴对象:

(一) 辅助器具购买补贴对象。残疾人辅助器具购买补贴对象为常州户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》(含未领证 16 周岁以下残疾儿童) 并符合下列条件之一的残疾人:

1. 低保和低保边缘家庭残疾人;
2. 支出型困难家庭残疾人;
3. 就业年龄段无业无固定收入残疾人;
4. 16 周岁以下残疾儿童少年 (持残疾人证或经三级综合医院、二级以上专科医院诊断评估有辅具需求);
5. 16 周岁以上在校残疾学生。

因工伤、交通事故等原因致残的残疾人, 享受保险等赔付中包括辅助器具配置费用的, 不得同时享受辅助器具购买补贴。

(二) 辅助器具服务补贴对象。残疾人辅具器具服务补贴对象为县(区)级以上残联按照政府购买助残服务相关规定确定的承接残疾人辅助器具适配服务的机构。对享受辅助器具购买补贴的对象, 服务机构必须安排完成配置必需的服务事项。

第八条 补贴标准:

(一) 残疾人购买辅具补贴标准。《残疾人辅助器具购买补

贴标准》按照满足基本型辅助器具配置的原则制定，详见附件 2。符合购买补贴条件的残疾人在规定的服务年限内原则上只能享受一个种类的补贴。

（二）服务补贴标准。服务机构对享受辅助器具购买补贴的对象进行需求筛查、评估，对辅助器具进行调试、安装，提供使用指导和适应性训练，验收回访等服务，通用型辅助器具的服务补贴标准为购买补贴标准的 15%，特殊型辅助器具的服务补贴标准为购买补贴标准的 40%。

第三章 工作流程

第九条 残疾人辅助器具适配常态化服务实行“残疾人申请—村（社区）初审—乡镇（街道）审核—服务机构评估—市县（区）残联审批—辅助器具中标供应商供货—服务机构适配、训练、回访—市县（区）残联拨付经费。

（一）申请。残疾人或其监护人填写《常州市残疾人辅助器具购买补贴申请表》（附件 3）提出申请，或向户籍所在村（社区）提出申请。

（二）审核。村（社区）进行初审，将符合条件的补贴对象报乡镇（街道）残联进行复审。乡镇（街道）残联审核通过后转给辅助器具适配服务机构评估。

（三）评估。辅助器具适配服务机构收到材料后进行评估，形成适配方案及时报送市县（区）残联。

（四）审批。市县（区）残联对残疾人申请材料和服务机构提出的适配方案进行审批。通过审批的，将信息反馈给辅助器具适配服务机构。

（五）购买和适配。辅助器具适配服务机构联系辅助器具中标供应商发货，并在收到辅助器具后及时上门调试、安装，现场培训和指导残疾人或监护人使用辅助器具，并进行适应性训练。辅助器具价格等于或低于残疾人获批的购买补贴标准的，按实际价格给予补贴；高于补贴标准的，超出补贴标准部分由残疾人本人承担。

（六）回访。辅助器具服务机构在辅助器具适配两个月内，采用入户、电话、微信等形式对服务对象进行回访，了解辅助器具使用情况，发现问题及时协调解决。回访结果记录存档，并及时反馈给乡镇（街道）残联和市县（区）残联。

（七）结算。各市县（区）残联按照服务协议、服务资料、验收结果和有关单据于每年7月31日和12月31日前与辅具适配服务机构按实结算购买补贴和服务补贴经费。

第十条 为保障残疾人得到高效便捷的辅助器具适配服务，本办法对购买补贴审批流程的时间进行了限定，详见附件4。

第四章 其他事项

第十一条 各辖市、区残疾人联合会依据《购买补贴产品目录》组织辅助器具采购、供应和服务工作。《购买补贴产品目录》

不能满足需求的，或购买目录内产品价格低于《购买补贴产品目录》价格的，县级以上残疾人联合会可根据相关规定自行组织采购，并做好服务和管理的工作。

第十二条 对不享受辅助器具购买补贴的其他残疾人，可按《购买补贴产品目录》内的价格自行购买辅助器具，各地残疾人联合会应提供必要的协助。

第十三条 对需依靠专业辅助器具服务机构提供辅具适配的事项，应通过政府购买助残服务的方式委托实施。

第五章 监督管理

第十四条 市财政、市残疾人联合会负责对补贴资金使用的指导和监管。县级财政部门负责对补贴资金使用的监督，县级残疾人联合会负责组织项目实施和资金的具体使用管理，每季度将适配名单推送给同级民政局和医保局，实现信息共享。

第十五条 各级财政部门 and 残疾人联合会应加强专项资金预算绩效管理，建立绩效评估、绩效目标、绩效运行监控、绩效评价和绩效管理成果应用等全过程绩效管理体系。

第十六条 任何单位和个人不得以任何理由骗取、套取辅助器具补贴资金。在资金使用管理过程中，相关单位和人员存在违法违纪行为的，依照《财政违法行为处罚处分条例》（国务院令427号）等有关法律法规严肃处理。涉嫌犯罪的责任人员，依法移送司法机关追究刑事责任。

第六章 附 则

第十七条 本办法由市残疾人联合会、市财政局负责解释。

第十八条 本办法自 2022 年 2 月 1 日起实施，市残联印发的《关于市统筹区残疾人康复救助项目有关事项调整的处理办法》（常残〔2012〕58 号）和《关于调整市统筹区部分残疾人康复救助的通知》（常残〔2015〕36 号常财社〔2015〕37 号）有关残疾人辅助器具适配的项目同时废止。

- 附件：
1. 未同时享受辅助器具配置费用补偿的承诺
 2. 常州市残疾人辅助器具购买补贴标准
 3. 常州市残疾人辅助器具购买补贴申请表
 4. 辅助器具购买补贴申请、审批、结算流程图

附件 1

未同时享受辅助器具配置费用补偿的承诺

本人已知晓“因工伤、交通事故等原因致残的残疾人，享受保险等赔付中包括辅助器具配置费用的，不得同时享受辅助器具购买补贴”事项，且本人无此类情况。

特此承诺。

本人对上述承诺的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

申请人（委托人）签字：

日期： 年 月 日

附件 2

常州市残疾人辅助器具购买补贴标准

补贴类型		补贴对象	补贴标准	年限	申请要求	
通用型	肢体类	重度	肢体类一级二级	1200 元/人	3 年	直接申请、审批
		轻度	肢体类三级四级	600 元/人	3 年	直接申请、审批
	听力类		听力类	600 元/人	3 年	直接申请、审批
	视力类		视力类	600 元/人	3 年	直接申请、审批
	精神智力类		精神、智力类	600 元/人	3 年	直接申请、审批
	16 周岁以下儿童、少年肢体、智力及视力类 (补充类别, 可与特殊型儿童辅具同时享受)			600 元/人	3 年	直接申请、审批
特殊型	肢体类	护理	肢体类一级二级 有护理辅具需求	3750 元/人	5 年	需评估、审批
		助行	肢体类三级四级 有特殊助行辅具需求	1000 元/人	5 年	需评估、审批
		大腿假肢	肢体类	8500 元/腿	3 年	需评估、审批
		小腿假肢	肢体类	4500 元/腿	3 年	需评估、审批
		上肢假肢	肢体类	6000 元/肢	3 年	需评估、审批
		成人矫形器	肢体类	1500 元/人	2 年	需评估、审批
	听力类(助听器)		听力类	2200 元/耳	5 年	需评估、审批
	视力		视力类有方便 生活、阅读、通 讯、等需求者	1500 元/人	3 年	需评估、审批
	儿童肢体类 (矫形器)		16 周岁以下残疾 儿童、少年肢体 功能障碍者	1200 元/人	0.5 年	需评估、审批
	儿童肢体类 (其他)		16 周岁以下残疾 儿童、少年肢体 功能障碍者	1500 元/人	2 年	需评估、审批
	儿童听力类 (助听器)		16 周岁以下残疾 儿童、少年听觉 功能障碍者	2200 元/耳	3 年	需评估、审批
	其他		以上类型无法 满足, 特殊需求者	由评估、审核确定		需评估、审批

附件 3

常州市残疾人辅助器具购买补贴申请表

市（区）

乡镇（街道）

村（社区）

申请人基本情况	姓名		性别		出生年月		文化程度		
	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			
	残疾类别与等级	类别： <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 多重 等级： <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级							
	申请人状况	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 支出型困难 <input type="checkbox"/> 16周岁以下 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 无业无固定收入 上次申请补贴种类 时间							
审核评估	申请补贴种类	<input type="checkbox"/> 通用型 <input type="checkbox"/> 特殊型			乡镇（街道）初审： 年 月 日				
	评估人： 评估机构盖章：	年 月 日			审批人： 市（区）盖章： 年 月 日				
辅具适配	适配辅具名称：								
	适配辅具价格：				补贴费用：		自费费用：		
	适配机构盖章：				辅具领取人或受益残疾人签字：				
年 月 日				年 月 日					

附件 4

辅助器具购买补贴申请、审批、结算流程图



