



重庆市沙坪坝区残疾人联合会 关于印发《沙坪坝区残疾人基本辅助器具适 配补贴实施办法（暂行）》的通知

沙残发〔2021〕2号

各镇街残联：

根据《重庆市残疾人基本辅助器具适配补贴实施办法（暂行）》（渝残联发〔2019〕36号）文件精神，为进一步加强残疾人基本辅助器具适配服务保障政策和服务体系建设，努力实现“人人享有康复服务”目标，结合我区实际情况，经第四次党组会议通过，特制定《沙坪坝区残疾人基本辅助器具适配补贴实施办法（暂行）》，现印发给你们，请认真组织实施。

重庆市沙坪坝区残疾人联合会

2021年3月10日



沙坪坝区残疾人基本辅助器具适配 补贴实施办法（暂行）

为帮助残疾人补偿功能，促进残疾人更加便利参与社会生活，以“保基本、广覆盖”为基本原则，辅具适配补贴以普及型、大众化为主，能够满足残疾人最基本、最迫切的需求。结合我区实际制定本办法。

一、辅具适配对象

沙坪坝区户籍，有辅具需求的0-6岁残疾儿童和持证残疾人，优先补贴特困、低保和重度残疾人。

二、辅具适配条件

辅具适配应同时符合下列条件：残疾人有需求；与自身残疾类别相关；能改善残疾人的工作和生活状况。

三、辅具适配补贴标准及要求

辅具适配采取实物免费适配和限额补贴两种方式。实物适配是指对符合相关条件的残疾人，根据其需求数和辅具类别统一采购后适配，限额补贴是指补贴对象提供自行适配凭证按相关要求申请进行限额比例内报销。

（一）基本型辅具适配

结合残疾人精准康复系统对有辅助器具需求人数进行比对，



根据镇街残联上报的残疾人基本辅具需求数量，区残联按规定统一政府采购后，由镇街残联组织发放给需求对象，具体免费发放基本型辅助器具种类（见附件1）。

（二）基本辅具适配补贴

1. **持证贫困残疾人。**因个人需求，在规定申报时间后急需购买《残疾人辅助器具适配补贴目录》（附件2）中的辅助器具；适配一、二、三档辅助器具的分别补贴100%、90%、80%，个人分别承担二、三档10%、20%，若购买或适配价格低于补贴目录中价格，按照提供发票实际价格文件规定比例补贴，高于《残疾人辅助器具适配补贴目录》（附件2）价格，按照文件规定价格比例补贴。

2. **持证非贫困残疾人。**因个人需求，在规定申报时间后急需购买《残疾人辅助器具适配补贴目录》（附件2）中的辅助器具；适配一、二、三档辅助器具的分别补贴90%、60%、50%，个人分别承担一、二、三档10%、40%、50%，若购买或适配价格低于补贴目录价格，按照提供发票实际价格文件规定比例补贴，若购买的价格高于《残疾人辅助器具适配补贴目录》（附件2）价格，按照文件规定价格比例补贴。

其中0-6周岁残疾儿童适配轮椅、坐姿椅、站立架、助行器，凭评估机构出具的康复需求评估意见和发票将全额补贴，但不能高于文件补贴标准。视力残疾人适配助视器、成人听力残疾人适



配助听器、肢体残疾人安装假肢、矫形器，必须由本人前往指定定点机构（见附件3）进行评估后适配，适配定点机构需出具评估意见，开具有效发票，申请其补贴标准和要求按照一、二、三档辅助器具的规定执行。未按规定到定点机构配置的，不予补贴；通过其他项目已享受辅具的不再重复享受。

四、办理程序

（一）申请。凡符合辅助器具适配对象和条件的残疾人或者监护人，携带残疾人证、低保证等原件及复印件到所属镇街残联提出申请，填写《沙坪坝区残疾人辅助器具适配补贴申请审批表》（以下简称《审批表》（附件4）一式两份。

（二）评估。镇街残联根据残疾人功能缺失情况，对申请基本型辅助器具的残疾人进行初步评估后，按照《残疾人基本型辅助器具适配目录》（附件1）上提出所需适配辅助器具并签署意见后汇总报区残联。对有特殊需求的残疾人，需到医疗机构进行评估，根据评估后的情况进行适配和补贴。

（三）申领或补贴。评估和审批完成后，区残联负责汇总按照政府采购的规定统一采购，由镇街残联组织免费发放给需求对象，发放领取的凭证需残疾人本人或监护人签字备查。有特殊需求的残疾人自行适配购置的辅具，凭残疾人证、低保证、有效发票和残疾人自行购买辅具和本人合照（照片可用A4纸打印），按文件规定的档次比例进行补贴，辅具补贴申请将每半年申报一



次（6月30日和11月30日前），审核后补贴通过工商银行转入监护人提供的工商银行卡中。若当年预算经费超支，采取逐步方式补贴到位。

（四）数据录入。辅具发放完后，各镇街残联及时将适配给残疾人的辅助器具等相关信息准确无误地录入到《残疾人精准康复服务系统》。

五、工作要求

（一）高度重视。镇街残联负责组织村（社区）康复协调员学习和培训，掌握辅具适配实施办法的各个环节和要求，切实熟悉政策、用好政策。辅具适配根据产品使用年限及实际使用情况确定。原则上符合相应条件的同一个残疾人（多重除外）一年只能申请享受一项免费辅具适配或辅具限额补贴，多重残疾人可申请配发不同品种的辅助器具1-2件。其辅具使用年限按照《残疾人基本辅助器具适配补贴目录》（附件2）中规定执行。对于在规定的使用年限内，损坏无法维修或因残疾程度、类别等发生改变的，由残疾人本人提出书面申请，经镇街残联鉴证，方可酌情考虑。

（二）监督管理。对在申请辅具适配中弄虚作假、骗取补贴的，给予追回已适配的辅具或补贴资金，并在3年内不予享受辅具补贴优惠政策；参与弄虚作假、骗取补贴的验配机构取消合作。资金的收支管理和发放坚持公开、公平、公正的原则，区残联和镇街残联应主动接受监察、审计、财政等部门的监督检查。同时，



区残联接受群众投诉，对辅具发放和补贴资金申请违规者，责令进行整改；对私分、挪用、虚报、冒领辅具和补贴资金的单位和个人，除追回经济损失外，视情节报请相关部门追究责任。

(三)相关要求。请各镇街残联于每年3月31日以前完成《残疾人基本型辅助器具适配目录》(附件1)中，有适配需求的残疾人信息，将《残疾人辅助器具适配补贴申请审批表》(附件4)和《残疾人精准康复辅助器具适配汇总表》(见附件5)上报区残联康复办公室。因个人需求，在规定申报时间后急需购买《残疾人基本辅助器具适配补贴目录》(附件2)中的辅助器具，按照申请程序去镇街残联申请，补贴申请将每半年收集一次。

- 附件：1. 沙坪坝区残疾人基本型辅助器具适配目录
2. 沙坪坝区残疾人基本辅助器具适配补贴目录
3. 沙坪坝区部分辅助器具定点适配机构名单
4. 沙坪坝区残疾人辅助器具适配补贴申请审批表
5. 沙坪坝区残疾人精准康复辅助器具适配汇总表



附件 1

沙坪坝区残疾人基本型辅助器具适配目录

序号	残疾类别	辅助器具名称	使用年限	适用对象	
1	低视力类辅具	盲用手表	3	主要适用于一、二级视力残疾人	
2		折叠盲杖	1		
3		手持式多功能放大镜	3	主要适用于三、四级视力残疾人	
4		胸挂式放大镜	3		
5	听力类辅具	闪光音乐门铃	2	适用于听力残疾人	
6		震动闹钟	2		
7	肢体类辅具	单脚手杖	2	下肢伤残需借助工具行走的残疾人	
8		四脚手杖	2		
9		带凳手杖	2		
10		腋拐	2	下肢残疾但上肢功能健全的残疾人	
11		肘拐	2		
12		肢体类辅具	框式两轮助行器	3	下肢残疾，肌力及平衡能力较差，需借助其进行站立和行走训练，以及辅助生活的残疾人
13			框式四轮助行器	3	
14			折叠座便椅	3	因肢体功能障碍导致的入厕困难的残疾人
15			沐浴椅	3	因肢体功能障碍导致的洗澡困难的残疾人
16			普通轮椅	3	需借助轮椅代步的残疾人
17	儿童类辅具	儿童轮椅	3	因脑瘫等原因需长时间借助轮椅进行生活、活动的残疾儿童	
18		儿童助行器	3	独立步行困难的残疾儿童	
19		儿童站立架	3	站立困难或可辅助站立儿童	
20		儿童坐姿椅	3	因姿势异常难以保持姿势控制儿童	



附件 2

沙坪坝区残疾人基本辅助器具适配补贴目录

序号	辅具档位	残疾类别	辅具名称	参考价格(元)	使用年限(年)	适用对象	
1	一档辅具	视力残疾类	盲用手表	100	3	主要适用于一、二级视力残疾人	
2			折叠盲杖	60	1		
3			手持式多功能放大镜	100	3	主要适用于三、四级视力残疾人	
4			胸挂式放大镜	100	3		
5		听力残疾类	闪光音乐门铃	150	2	适用于听力残疾人	
6			震动闹钟	100	2		
7		肢体残疾类	下肢残疾类	单脚手杖	50	2	下肢伤残需借助工具行走的残疾人
8				四脚手杖	100	2	
9				带凳手杖	100	2	
10				腋拐	100	2	下肢残疾但上肢功能健全的残疾人
11				肘拐	100	2	
12				框式两轮助行器	200	3	下肢残疾,肌力及平衡能力较差,需借助其进行站立和行走训练,以及辅助生活的残疾人
13			框式四轮助行器	200	3		
14			折叠座便椅	300	3	因肢体功能障碍导致的入厕困难的残疾人	
15			沐浴椅	300	3	因肢体功能障碍导致的洗澡困难的残疾人	
16			普通轮椅	600	3	需借助轮椅代步的残疾人	
17		儿童类	儿童轮椅	1200	3	因脑瘫等原因需长时间借助轮椅进行生活、活动的残	



重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

序号	辅具档位	残疾类别	辅具名称		参考价格(元)	使用年限(年)	适用对象
18			儿童助行器		400	3	独立步行困难的残疾儿童
19	二档辅具	肢体残疾类	移动辅具类	功能轮椅	1000	3	长时间借助轮椅活动的截瘫、偏瘫残疾人
20				高靠背带便桶轮椅	1000	3	适用于难以在轮椅上保持坐姿但需较长时间依赖轮椅移动的重度肢体残疾人
21			护理类	防褥疮坐垫	1000	2	长时间卧床、自行移位困难的残疾人
22				可调靠架	150	2	截瘫、偏瘫残疾人
23				床护栏杆	400	5	
24				床用桌	300	5	
25		视力残疾类	中距离眼镜式助视器		300	2	
26			低视力专业滤光镜		600	2	
27			单筒望远镜		100	2	
28			听书机		600	2	
29			钛合金七节盲杖		200	2	
30			盲用电磁炉		600	3	
31	盲用水壶		600	3			
32	盲用电饭煲		600	3			
33	儿童类	儿童坐姿椅		1500	3	不能自行保持坐姿的残疾儿童	
34		儿童站立架		1200	3	不能自行站立的残疾儿童	
35		儿童矫形器		1500	3	矫治畸形补偿功能的残疾儿童	
36		认知图形插板		300	3	用于智力儿童认知能力培养	
序号	辅具档位	残疾类别	辅具名称		参考价格(元)	使用年限	适用对象



37	三 档 辅 具	肢体残 疾类	护理床	4500	5	重度肢体功能障碍无法独立翻身及自行坐起
38			防褥疮床垫	2500	5	长时间卧床、自行移位困难的残疾人
39			腕离断假肢	3500	3	截肢残疾人
40			膝离断假肢	3500	3	
41			大腿假肢	3500	3	
42			小腿假肢	2000	3	
43			部分足假肢	2000	3	足缺失残疾人
44			部分手假肢	2000	3	上肢缺失残疾人
45			成人矫形器	1500	2	功能障碍需矫正康复的残疾人
46		视力残 疾类	高清电子助视器	1200	3	辅助低视力患者阅读
47			手持电子助视器	1200	3	辅助低视力患者阅读
48			眼睛式助视器	800	3	辅助低视力患者生活和阅读
49		听力残 疾类	儿童助听器（双耳）	5000	3	听力残疾儿童
50			成人助听器	2000	3	听力障碍残疾人

附件 3

沙坪坝区部分辅助器具定点适配机构名单

单位名称	机构地址	联系人	联系电话	定点辅具类别
重庆泰恒眼科医院	九龙坡区石桥铺华宇名都 4 楼	梁丹	17764838929	助视器 验配点
重庆亿尔聪医疗设备有限公司	沙坪坝区南开中学步行街南苑 3 号附 3 号 2 楼	代怡倩	13368221617	助听器 验配点
陆军军医大学附属西南医院假肢矫形中心	沙坪坝区高滩岩正街 30 号西南医院康复科内	唐榕	023-68754399	假肢矫形器 装配点

附件 4



沙坪坝区残疾人辅助器具适配补贴申请审批表

(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	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"/> (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"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 城市三无人员		<input type="checkbox"/> 农村五保 <input type="checkbox"/> 其他		户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
辅助器具需求名称							
申请类型	免费适配 <input type="checkbox"/>		适配补贴 <input type="checkbox"/> 金额: _____元		申请人: _____ 年 月 日		
镇街审批意见	(单位盖章)						
	领导签字: _____		审核人签字: _____		年 月 日		
区残联审批意见	(单位盖章)						
	领导签字: _____		审核人签字: _____		年 月 日		

填表说明: 1.此表一式两份由残疾人或其监护人填写, 经镇街残联逐级审核上报区残联, 由区残联审批并留存。2.申请辅具补贴, 表后需附带低保证或特困证复印件、有效发票和残疾人自行购买辅具的照片(照片可用A4纸打印)。

附件 5

沙坪坝区残疾人精准康复辅助器具适配汇总表

() 年度

填表单位（盖章）：

序号	姓名	性别	残疾类别	残疾等级	残疾证号码	家庭住址	联系电话	辅助器具名称

领导签字：

审核人签字：

填表日期： 年 月 日