

甘肃省残疾人联合会 甘肃省财政厅 文件

甘残联发〔2023〕17号

关于印发《甘肃省残疾人基本型辅助器具 适配服务办法（试行）》的通知

各市州、甘肃矿区、兰州新区残联、财政局：

现将《甘肃省残疾人基本型辅助器具适配服务办法（试行）》
印发给你们，请认真贯彻执行。



甘肃省残疾人基本型辅助器具适配服务办法 (试行)

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《国务院关于印发“十四五”残疾人保障和发展规划的通知》(国发〔2021〕10号)和《甘肃省人民政府关于印发甘肃省“十四五”残疾人保障和发展规划的通知》(甘政发〔2021〕85号)精神,进一步保障我省残疾人享受基本型辅助器具适配服务,促进残疾人参与社会活动和就业,改善其生存状况,特制定本办法。

第二条 本办法所称残疾人基本型辅助器具,是指残疾人用于预防、补偿、代偿、减轻功能障碍的基本型产品、器械或设备。

第三条 残疾人基本型辅助器具适配服务,是指对残疾人进行基本型辅助器具需求筛查、评估适配、定制改制、适应性训练、指导使用、绩效评价、产品配送、跟踪回访、咨询转介、维修回收、宣传培训、展示体验等服务。

第四条 残疾人基本型辅助器具适配服务以“保基本、广覆盖”为基本原则,以普通型、大众化辅助器具为主,为残疾人提供必要的基本型辅助器具适配服务,需要与适老化及无障碍改造进行有效衔接。

残疾人基本型辅助器具适配服务重点解决残疾人最基本、最迫切的辅助器具需求,优先保障残疾儿童、家庭经济困难残疾人

以及重度残疾人获得基本型辅助器具适配服务。

第五条 残疾人基本型辅助器具适配服务包括实物配置和购置补贴两种形式，供残疾人根据情况自主选择。实物配置是指对符合条件的残疾人免费适配基本型辅助器具实物。购置补贴是指对符合条件的残疾人购买的基本型辅助器具给予相应比例的货币补贴。

第二章 适配对象

第六条 残疾人基本型辅助器具适配服务对象为：具有甘肃省户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》（以下简称《残疾人证》）有基本型辅助器具需求的残疾人（含 18 周岁以下未持证残疾儿童）。

第七条 因工伤及交通事故致残经社会保险赔付辅助器具的，或者残疾人已通过政府有关部门配发、社会捐赠等形式获得辅助器具的，以及对已纳入本地区基本医疗报销目录的辅助器具，不重复享受本政策。

第三章 适配服务

第八条 省残联负责制定并发布《甘肃省残疾人基本型辅助器具适配目录》（以下简称《目录》），载明残疾人可以申请实物或者享受补贴的基本型辅助器具类别、名称、使用年限、适配标准等内容。各市（州）、县（市、区）可在《目录》基础上增加或细化产品种类，结合本地经济发展水平和财政保障能力适当提高适

配标准，制定本地目录并适时修订。

第九条 符合条件的残疾人申请基本型辅助器具时，按以下程序履行申请审核手续：

（一）申请。残疾人（或监护人）持身份证或家庭户口本、残疾人证等有效证件（18周岁以下未持证残疾儿童需提供医院出具的诊断证明），向县（市、区）残联申请办理并填写《甘肃省残疾人基本型辅助器具适配申请审核表》（以下简称《申请审核表》）。

（二）受理。县（市、区）残联及时对申请人提交的资料进行核实受理，并对残疾人情况进行评估，出具评估意见。

（三）审核。县（市、区）残联严格落实“一次办好”要求，及时对残疾人基本型辅助器具申请进行审核。审核通过的，需在《申请审核表》中载明具体基本型辅助器具实物名称、数量或相关补贴情况；不予适配的，应载明理由，并告知申请人。

（四）适配。残疾人申请《目录》内实物配置的，由县（市、区）残联通过政府采购或接受捐赠、国家和省市专项下发获得基本型辅助器具实物，免费适配给符合条件的残疾人。申请购置补贴的，通过审核后按相关标准享受补贴。

第十条 各地要优化残疾人基本型辅助器具申请、审核及适配服务流程。有条件的地区可探索建立“互联网+残疾人辅助器具适配服务”平台，为残疾人提供更加便捷的服务。

第十一条 鼓励各地残联通过政府购买服务的方式开展残疾人基本型辅助器具适配服务。残疾人按照本办法适配的基本型辅助器具在使用年限内出现损坏时，在保修期内的由相应厂家或服

务机构提供保修服务；不在厂家售后服务范围或售后服务不便的，可向当地残联申请免费维修。损坏无法修复的，经评估确有需求，可向当地残联申请以旧换新。

第十二条 原则上残疾人在使用年限内只能申请 1 种对应残疾类别的基本型辅助器具，多重残疾人在使用年限内可跨类别申请 2 种基本型辅助器具。

第十三条 残疾人申请基本型辅助器具购置补贴的按以下标准给予补贴。

申请《目录》内适配标准 ≤ 600 元基本型辅助器具的，在对应适配标准内的，按照实际购买价 100%给予补贴，超出对应适配标准的部分，由个人承担。

申请《目录》内适配标准 > 600 元基本型辅助器具的，购买价格低于对应适配标准时，补贴 600 元后，再对实际购买价超出 600 元部分给予 50%补贴，其余由个人承担；购买价格高于对应适配标准时，补贴 600 元后，再按照对应适配标准超出 600 元部分给予 50%补贴，其余由个人承担。

第十四条 《目录》之外的基本型辅助器具按照《目录》中同类产品的补贴标准给予补贴。

第十五条 残疾儿童申请基本型辅助器具购置补贴时，属于《目录》规定的儿童专属 7 类基本型辅助器具的，在所购买基本型辅助器具对应适配标准内按照实际购买价 100%给予补贴，超出对应适配标准的部分由儿童家庭承担，属于《目录》其他类别基本型辅助器具的，按第十三条规定计算补贴。

第十六条 为了降低成本，节约经费，发挥省级中心专业优势，人工耳蜗、助听器、假肢、矫形器等基本型辅助器具应优先由省听力语言康复中心和省残疾人辅助器具资源中心以实物形式补贴。

人工耳蜗、助听器等基本型辅助器具适配服务费用控制在项目资金的 20%以内。假肢、矫形器项目资金 60%用于材料采购，40%用于评估适配、制作安装及适应性训练等服务。

第四章 监管与保障

第十七条 省残联成立残疾人基本型辅助器具适配服务技术指导组，开展基本型辅助器具适配服务检查、评估、业务指导、技术培训、产品质量检测、咨询服务等工作。各市（州）残联可根据实际成立本地专家指导组，开展相关技术指导工作。

第十八条 市（州）、县（市、区）财政部门要做好残疾人基本型辅助器具适配资金保障工作。省级统筹中央残疾人事业发展补助资金给予适当补助，各地要健全多渠道筹资机制，鼓励、引导社会捐赠。

第十九条 残联部门组织负责协调推进本地残疾人基本型辅助器具适配服务工作，摸清本地残疾人基本型辅助器具适配需求，加强综合监管，负责基本型辅助器具适配资金预算编制和执行，开展绩效评价，对适配服务情况实时监测，做好服务信息汇总与上报。财政部门负责组织基本型辅助器具适配资金预算编制和执行，指导残联部门加强基本型辅助器具适配资金管理使用和公开，

审核批复适配资金预算，会同残联部门制定适配资金分配方案，及时拨付适配资金，履行财政监督职能，参与项目绩效考评等。

第二十条 残疾人或其监护人不得将实物配置或享受购置补贴的基本型辅助器具出售、出租、转让等。残疾人或其监护人申请过程中弄虚作假、骗取基本型辅助器具或补贴资金的，追回基本型辅助器具或补贴资金并在 3 年内不予享受本政策；参与弄虚作假、骗取基本型辅助器具或补贴资金各类机构，列入“失信名单”，追回基本型辅助器具或补贴资金；存在违法违规行为的，依照相关法律法规追究相应责任。

第二十一条 享受基本型辅助器具适配服务的残疾人，因自身身体原因、使用不当导致的各种财产损失、人身伤害甚至死亡等，由本人承担相关责任。

第二十二条 享受基本型辅助器具适配服务的残疾人，因基本型辅助器具质量问题造成的各种财产损失、人身伤害甚至死亡等，由基本型辅助器具供应商承担相关责任。

第二十三条 各级残联会同财政等部门按照职责对本办法执行情况监督检查。对服务过程中弄虚作假，滥用职权、徇私舞弊等违法违规行为的个人和机构、单位，按照有关法律法规严肃处理。

第五章 附 则

第二十四条 本办法由省残联会同有关部门负责解释。

第二十五条 本办法自颁布之日起实施。

附件 1

甘肃省残疾人基本型辅助器具适配目录

序号	类别	辅具名称	单位	适配标准(元)	使用年限	适用对象
1	肢体类	普通轮椅	辆	600	3	适用于需借助轮椅代步的肢体功能障碍患者
2		功能轮椅	辆	800	3	适用于有变换体位、转移位置、调整扶手和脚踏高度等有需求的长期借助轮椅活动的(包括护理轮椅、座厕轮椅、高靠背轮椅)等肢体功能障碍患者
3		电动轮椅	辆	3000	5	适用于无认知障碍,能操控电动轮椅,借助其他辅助器具仍移动困难,必须要依靠电动轮椅完成日常移动和生活的重度肢体功能障碍患者
4		儿童轮椅	辆	2000	3	适用于需要借助轮椅代步的肢体功能障碍儿童
5		儿童坐姿椅	辆	1500	3	适用于需要控制和矫正坐姿的肢体功能障碍儿童
6		儿童站立架	辆	1500	3	适用于需要控制和矫正站姿的肢体功能障碍儿童
7		儿童助行器	台	400	3	适用于需要辅助行走、站立及训练的肢体功能障碍儿童
8		助行器(包括框式、两轮、轮式、座式)	台	300	3	适用于下肢肌力或平衡能力较差,但上肢功能尚好,可借助其行走、站立及训练的肢体功能障碍患者
9		前臂支撑台式助行器	台	600	3	适用于下肢肌力或平衡能力较差,上肢功能尚好,手部和腕部无法承重,可借助其站立、行走及训练的肢体功能障碍患者
10		手杖(包括单脚、三脚、四脚、带座手杖等)	支	70	2	适用于下肢肌力或平衡能力一般,上肢功能尚好,可借助其单侧手支撑辅助行走的功能障碍患者
11		腋拐	副	120	2	适用于下肢肌力或平衡能力较差,上肢功能尚好的肢体功能障碍患者
12		肘拐	支	70	2	适用于下肢肌力或平衡能力欠佳,上肢功能尚好的肢体功能障碍患者

序号	类别	辅具名称	单位	适配标准(元)	使用年限	适用对象
13	肢体类	前臂支撑拐	支	150	2	适用于下肢肌力或平衡能力欠佳，上肢功能尚好，手部和腕部无法承重的肢体功能障碍患者
14		拐杖头	套/5个	100	1	适用于有更换各种手杖、拐杖及助行器支脚垫需求的功能障碍患者
15		坐便椅	个	300	3	适用于有移动困难，通过轻度辅助或独立坐位可保持坐姿的肢体功能障碍患者借助其如厕
16		淋浴椅/凳	张	300	3	适用于肢体功能障碍患者，借助其沐浴
17		移乘板/带	个	200	2	适用于肢体功能障碍患者，借助其完成位置转移
18		多功能护理床	张	2000	5	适用于长期卧床，无法独立完成体位变化和床上活动的重度肢体功能障碍患者
19		可调靠背(架)	件	150	2	适用于长期卧床，无法独立完成体位变化和床上活动的重度肢体功能障碍患者
20		床扶手及其他	件	300	3	适用于长期卧床，无法独立完成体位变化和床上活动的重度肢体功能障碍患者
21		防褥疮床垫	张	400	3	适用于长期卧床，有压疮风险的重度肢体功能障碍患者
22		防褥疮座(靠)垫	个	300	3	适用于长期久坐，有压疮风险的肢体功能障碍患者
23		体位垫	个	160	2	适用于需要保持适宜体位姿势的肢体功能障碍患者
24		一次性护理用品(包括尿垫、尿片等)	套	500	1	适用于有二便功能障碍的患者
25		生活自助具及康复辅具	套	300	2	适用于肢体功能障碍患者，辅助完成日常生活和康复训练
26		视力类	光学近用助视器	件	150	3
27	光学远用助视器		件	200	3	适用于视功能障碍患者，辅助看远
28	电子助视器		台	600	3	适用于视功能障碍患者，辅助放大文字及影像等

序号	类别	辅具名称	单位	适配标准(元)	使用年限	适用对象
29	视力类	盲杖	支	100	3	适用于视功能障碍患者，辅助行走
30		语音血压计	个	200	3	适用于视功能障碍患者居家生活使用
31		语音体温计	个	60	3	适用于视功能障碍患者居家生活使用
32		语音盲文电饭煲	个	350	3	适用于视功能障碍患者居家生活使用
33		语音盲文电磁炉	个	300	3	适用于视功能障碍患者居家生活使用
34		语音盲文电水壶	个	200	3	适用于视功能障碍患者居家生活使用
35		盲文学习套装	套	100	3	适用于视功能障碍患者盲文学习
36		盲纸	套/500张	250	1	适用于视功能障碍患者盲文书写
37		听书机	台	400	3	适用于视功能障碍患者听书学习
38	听力言语类	儿童言语训练类辅助器具	件	800	3	适用于听力、言语功能障碍儿童改善沟通交流能力
39		沟通交流板	件	300	3	适用于听力、言语功能障碍患者书写文字，沟通交流
40		闪光门铃	件	100	2	适用于听力功能障碍患者居家生活
41		震动闹钟(手环)	个	200	3	适用于听力功能障碍患者居家生活
42	智力精神类	儿童启智用具	组	800	3	适用于智力、精神功能障碍儿童改善认知能力
43		儿童玩教用具	组	800	3	适用于智力、精神功能障碍儿童改善认知、沟通、学习等能力
44		防走失牌	个	50	3	适用于有走失风险的智力或精神功能障碍患者
45		定位手环	个	300	3	适用于有走失风险的智力或精神功能障碍患者
46		电子药盒	个	60	3	适用于提示智力、精神功能障碍患者按时服药

注：基本型辅助器具适配标准金额包含产品适配服务费。

附件 2

甘肃省残疾人基本型辅助器具适配申请审核表

申请人基本资料	姓 名		性 别		出生年月	
	详细地址	市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区）				
	联系电话	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 监护人		监护人姓名		
	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 <input type="checkbox"/> 多重		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	
本人辅具申请意向	(写明残疾情况及所需辅具种类、件数)			申请人（代理人）签字		
审核依据	1.医学诊断证明或残疾人证; 2.评估报告。 <div style="text-align: right;">(相关证明或报告可附后)</div>					
县（市、区）残联 审核意见	审核人： _____ (盖 章) <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					

