政策解读（四）：残疾人辅助器具适配服务

1. 适配对象

本市户籍，有辅助器具适配需求，持有《中华人民共和国残疾

人证》的残疾人。

1. 适配范围

残疾人辅助器具适配包括实物配发和货币补贴两种形式。实物配发是指对符合条件的残疾人配发通过政府采购的辅助器具实物；货币补贴是指对符合条件的残疾人自行购买各种小额辅助器具实施相应的补贴。

1. 符合实物类配发的辅助器具是指纳入上海市中标目录和省大额购买补贴目录，且在宁波市辅具网相关项目优惠政策目录中，具体可细分为全额配发类和补贴配发类(具体可登陆宁波市辅具信息系统网站查看)。
2. 符合货币补贴类的辅助器具是指参考省小额辅具购买补贴目录制订的本市残疾人小额辅助器具购买补贴目录（见附件1）。
3. 需根据残疾类别对应的辅助器具品种以及具体品种明确的适用对象进行适配，再次适配需达到使用年限。其中补贴配发类—电动轮椅（仅限室内使用）适配对象为60周岁以下脊髓损伤、渐冻、失能卧床者，单手能操作轮椅摇杆的肢体残疾人。

（四）重残、一户多残、7周岁以上全日制在校、脊髓损伤、渐冻等4类持证残疾人可从全额配发类和补贴配发类中进行辅助器具组合适配，按适配标准只能组合各1件（套）。

（五）货币补贴类补贴个人年总额在300元以内的，可一次性补贴多种辅具；超过300元的每年只能补贴单一辅具。

三、补贴标准

（一）实物配发类。其中：全额配发类（仅指网上适配辅具，不包含助视<听>器、假肢等线下适配辅具）对60周岁以内和60周岁以上低保及低保边缘残疾人实行全额补贴，其他对象补贴50%。；补贴配发类对18周岁以内和低保及低保边缘以内残疾人补贴90%，其他对象补贴50%。

（二）货币补贴类。对60周岁以下和低保及低保边缘残疾人、特困人员、孤儿中的残疾人实行全额补贴，其他对象补贴50%。

（三）上述实物和货币两种补贴办法中年龄已超60周岁，但60周岁及以前初次领取残疾人证的，根据初次领证时的残疾类别和适配的辅具品种，仍享受60周岁以下对象的补贴标准。

四、适配（补贴）方式

（一）实物配发类。对符合适配条件且有需求的，由本人（或代办人）填写申报表（附件2），经村（社区）初审、乡镇（街道）残联审核后登陆宁波市辅具网进行网上申请，市残联审批后以网络化配送方式发放给残疾人。

（二）货币补贴类。对符合适配条件且有需求的，由本人（或代办人）填写申报表（附件2），提供有效正规发票原件、产品照片、低保、低边的还需提供低保、低边证复印件，经村（社区）初审、乡镇（街道）残联审核上报至市残联康复中心，补贴资金原则上一季度结算一次。经核定后汇入适配对象的个人社会保障卡账户。

# 附件：

# 余姚市残疾人小额辅助器具购买补贴目录

# 余姚市残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表

# 附件1：

# 余姚市残疾人小额辅**助器具购买补贴目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 主类 | 次类 | 辅具名称 | 单位 | 适 用 对 象 | 使用年限 | 最高补贴金额  （元） | 备注 |
| 1 | 个  人  生  活  自  理  和  防  护  辅  助  器  具 | 吸收大、小便辅助产品 | 防失禁 护理辅助用品 | 套 | 适用于尿失禁或无法控制二便的重度肢体残疾人。包括尿垫、尿裤、尿片、尿套、集尿袋等一次性使用品。 | 1 | 600 |  |
| 2 | 集尿器 | 便携式接尿器 | 个 | 适用于长期卧床行动不便的重度肢体残疾人。 | 1 | 150 |  |
| 3 | 如厕辅助器具 | 座便椅 | 个 | 适用于有移动困难，轻度辅助或独立坐位可保持坐姿的肢体功能障碍的残疾人。 | 3 | 260 |  |
| 4 | 便盆 | 个 | 适用于长期卧床行动不便的重度肢体残疾人。 | 1 | 200 |  |
| 5 | 沟  通  和  信  息  辅  助  器  具 | 助视器 | 低视力专用滤光镜 | 件 | 适用于低视力残疾人。 | 3 | 160 |  |
| 6 | 绘画和书写辅助器具 | 盲文写字板和笔 | 套 | 适用于一、二级视力残疾人。 | 2 | 100 |  |
| 7 | 面对面沟通辅助器具 | 电子沟通板 | 个 | 适用于有辅助沟通交流需求的听力语言残疾人。 | 2 | 200 |  |
| 8 | 报警、指示、提醒和发信号辅助器具 | 防走失定位器 | 件 | 适用于一、二级精神、智力残疾人。 | 3 | 300 |  |

附件：2

**余姚市残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表**

乡镇（街道）残联：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 残疾证号码 |  | | | | 性 别 | |  | |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | | | | 年龄（周岁） | |  | |
| 家庭地址 |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 监护人姓名 |  | 监护人电话 |  | | | | 与监护人关系 | | |  |
| 家庭经济情况 | 口低保家庭 口低保标准100-150%以内家庭 口其他家庭 | | | | | | | | | |
| 是否在校 | 口是 口否 | | | | | | | | | |
| 申请辅具类别 | 口实物配发类 口货币补贴类 | | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | 银行卡号 | | |  | | | | |
| 申请辅具名称 | | | | | | | | | | |
| 辅具名称1 |  | 发票金额 |  | | 补助金额 | | |  | | |
| 辅具名称2 |  | 发票金额 |  | | 补助金额 | | |  | | |
| 申请人签字 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 乡镇街道  残联审核 | 签字： (公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市残联审核 | 签字： (公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：

1.开户银行、银行卡号及申请辅具名称中的发票金额、补助金额仅限货币补贴类申请时填写；

2.此表一式两份，一分乡镇（街道）留存；一分上报市残联。