

厦门市海沧区残疾人联合会文件

厦海残规〔2025〕2号

关于印发《厦门市海沧区残疾人基本型 辅助器具配套补贴实施办法》的通知

各有关单位：

现将《厦门市海沧区残疾人基本型辅助器具配套补贴实施办法》印发给你们，请遵照执行。



(此件主动公开)

厦门市海沧区残疾人基本型辅助器具 配套补贴实施办法

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《中华人民共和国残疾人保障法》《残疾预防和残疾人康复条例》，根据《厦门市残疾人辅助器具适配管理办法（试行）》（厦残规〔2025〕1号）文件精神，进一步做好我区残疾人精准康复服务工作，以普惠和特惠相结合的原则，落实残疾人专项福利政策，逐步完善残疾人社会保障体系，以普通化、大众化辅助器具为主，重点解决残疾人最基本、最迫切的辅助器具需求，结合我区实际，制定本办法。

第二条 残疾人辅助器具是指能够有效地弥补或代偿因残疾造成的身体功能减弱或丧失的器具。

第二章 补助对象

第三条 残疾人基本型辅助器具适配补贴对象分为以下两类：

1. 具有本区户籍持有第三代《中华人民共和国残疾人证》(以下简称《残疾人证》)的残疾人。
2. 具有本区户籍并能提供残疾评定定点医院或三级医院出具的诊断证明的0-6岁残疾儿童。本办法中的“0-6岁”指截至申请补贴年度的1月1日年龄未满七周岁。七周岁以上的残疾儿童需持有第三代《中华人民共和国残疾人证》。

工伤、交通事故或其他第三方致残，社会保险已赔付辅助器具的，不重复享受该辅助器具适配补贴；已纳入本市基本医疗报销目录的辅助器具，不适用本办法。

第三章 补贴标准及年限

第四条 个人承担部分在市级补助标准之内的，由市级予以补助。个人承担部分超出市级补助标准的，在扣除市级补助之后，由区级予以差额补助，但区级差额不超过区级补助标准。

第五条 辅助器具使用年限同市残联出台的《厦门市残疾人辅助器具适配管理办法（试行）》（厦残规〔2025〕1号）文件中《厦门市残疾人辅具指导目录》相一致。

第四章 补助辅助器具的类别及标准

第六条 肢体残疾人：

1. 假肢：

（1）小腿：低保或低收入残疾人一次性最高补助 10000 元，其他残疾人一次性最高补助 7000 元。

（2）大腿：低保或低收入残疾人一次性最高补助 15000 元，其他残疾人一次性最高补助 10000 元；髋部假肢：低保或低收入残疾人一次性最高补助 25000 元，其他残疾人一次性最高补助 18000 元。

（3）上臂假肢：低保或低收入残疾人一次性最高补助 16000 元，其他残疾人一次性最高补助 10000 元；前臂、手腕：低保或低收入残疾人一次性最高补助 10000 元，其他残疾人一次性最高

补助 8000 元。

(4) 其他配件一次性最高补助 3000 元。

(5) 矫形器一次性最高补助 2000 元；脊柱矫形器一次性最高补助 3000 元。

2. 轮椅：

(1) 普通轮椅：一次性最高补助 1000 元；

(2) 高靠背轮椅：一次性最高补助 1500 元；

(3) 脑瘫儿童轮椅：一次性最高补助 4000 元。

3. 护理床：一次性最高补助 2500 元。

4. 助行器：一次性最高补助 400 元。

5. 腋下拐：一次性最高补助 300 元。

6. 盲杖：一次性最高补助 200 元。

7. 座便椅：一次性最高补助 400 元。

8. 沐浴椅：一次性最高补助 400 元。

9. 防褥疮床垫：一次性最高补助 1600 元。

10. 防褥疮坐垫：一次性最高补助 600 元。

11. 手杖（含四脚手杖）：170 元。

12. 儿童站立架：一次性最高补助 2000 元。

第七条 听力残疾人：

助听器：

1. 低保户听力残疾人：一次性最高补助 6600 元；

2. 低收入听力残疾人：一次性最高补助 5600 元；

3. 其他听力残疾人：一次性最高补助 4600 元。

第八条 视力残疾人：

眼镜式助视器：

1. 低保户视力残疾人：一次性最高补助 3500 元；

2. 低收入视力残疾人：一次性最高补助 2500 元；

3. 其他视力残疾人：一次性最高补助 2000 元。

第九条 本办法未列出的其他辅助器具按《厦门市残疾人辅助器具适配管理办法（试行）》（厦残规〔2025〕1号）文件执行。

第五章 申请流程

第十条 按照《厦门市残疾人辅助器具适配管理办法（试行）的通知》（厦残规〔2025〕1号）文件规定的申办流程并填写《厦门市海沧区残疾人康复辅助器具补助申请表》（附件1）。

第十一条 区残联收到补贴申请后，于 5 个工作日内对补贴申请进行审核。符合补贴条件的，确认补贴项目和残疾人分档比例类型，不予补贴的，应说明理由。

第十二条 经核准后，区残联按文件规定给予差额补助。

第六章 资金预算与监督

第十三条 本办法规定的残疾人基本型辅助器具补贴资金由市、区两级预算资金共同兑现。

第十四条 区残联负责专项资金的具体管理工作。

第十五条 区财政局负责专项资金的预算安排和预算执行

监督。

第十六条 街道残联要做好本街道、社区残疾人辅助器具补贴的申请、复核、统计工作，严格按照审核程序和工作要求，热情服务，严格把关、按时办理，建立健全工作台账和档案。要自觉接受社会监督。

第十七条 专项资金使用管理中存在虚报、冒领、截留、挪用等违法行为的，除责令将资金归还原有渠道或退回财政外，应当按照《财政违法行为处罚处分条例》等有关规定予以处理，并依法追究相关责任人责任。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

第七章 附则

第十八条 本办法自 2026 年 1 月 26 日起施行，有效期 5 年。2026 年 1 月 1 日至实施之日期间符合条件的补助对象参照本办法执行。原《海沧区残疾人辅助器具配发办法》（厦海残规〔2020〕1 号）同时废止。

第十九条 本办法由区残联负责解释。

附件：

1. 厦门市海沧区残疾人康复辅助器具补助申请表
2. 辅具配发签收单

附件 1:

厦门市海沧区残疾人康复辅助器具补助申请表

姓名		性 别		出生年月		联系 电话	
户籍 地址			家庭类别	<input type="checkbox"/> 低 保 <input type="checkbox"/> 低 收 入 <input type="checkbox"/> 其 他	残疾类别 与 等 级		
残疾 证 号				辅助用具 名 称			
市级 补 助	购买金额			市级报 销 金 额			
村 (社区) 委员会 初审 意见	签字盖章: 年 月 日						
街道复 核意见	签字盖章: 年 月 日						
区残联 经办人 意见	经办人签字: 年 月 日				区级 补助 差 额		
区残联 复核 意见	复核人签字: 年 月 日						
区残联 领导 意见	领导签字盖章: 年 月 日						
补助 方式	采用社会化发 放方式补助	申请 人姓 名					
		身 份 证					
		开 户 行					
		账 号					
备注	本表一式四份, 村(社区)、街道、区残联、财政核销各存一份。						

附件 2:

辅具配发签收单

辅助用具名称:

型号:

申请人姓名:

残疾证号:

领取人签名 (申请人或家属):

年 月 日

购买的辅助用具商家盖章:

备注: 1. 领取人为家属需写明与配发人的关系。

2. 如果有套取辅具配发补助资金行为, 由申请人和相关商家承担相应法律责任。

