

厦门市海沧区残疾人联合会文件

厦海残规〔2025〕4号

关于印发《厦门市海沧区残疾儿童 康复护理补助办法》的通知

各有关单位：

现将《厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助办法》印发给你们，请遵照执行。

(此件主动公开)



厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助办法

第一条 为进一步加强和完善本区残疾人社会保障体系和服务体系建设，保障本区残疾儿童更好地享有康复服务的权利，根据《厦门市残疾儿童康复救助办法》(厦残联〔2025〕17号)文件精神，结合本区实际，制定本办法。

第二条 补助对象及条件

补助对象为残疾儿童的法定监护人，本办法中残疾儿童是指：0-17岁，即在申请康复护理补助年度的1月1日年龄未满18周岁的视力障碍、听力障碍、言语障碍、肢体障碍（含脑瘫）、智力障碍和孤独症之一或多重障碍的儿童。7-17岁的残疾儿童需持有《中华人民共和国残疾人证》。

补助对象应符合以下条件：

(一) 残疾儿童及其法定监护人均具有本区户籍；
(二) 残疾儿童需持有有效《中华人民共和国残疾人证》，或残疾评定定点医院、评定医师或福建省残联、厦门市残联指定的诊断医院、诊断医师出具的诊断证明，患有视力障碍、听力障碍、言语障碍、肢体障碍（含脑瘫）、智力障碍和孤独症之一或多重障碍的儿童。其中：0-3岁言语障碍儿童的诊断证明需由本市三级医院的神经内科、耳鼻喉科、口腔科、儿科等专科医师出具。

第三条 区残联是本区残疾儿童康复护理补助的主管部门，

负责康复护理补助工作的监督；街道负责本街道残疾儿童康复工作的调查、监管和实施。街道要严格审核手续，建立残疾儿童康复补助档案库，并做好动态管理工作，对超过规定年龄、已经康复等不符合发放补助条件的，要及时终止康复补助；补助对象户口迁移时，要及时办理相关手续。

第四条 残疾儿童的康复护理补助标准：

（一）视力、听力、言语、智力障碍儿童接受康复训练期间，每月补助 900 元，低保及低收入家庭每月补助 1100 元；

（二）孤独症儿童接受康复训练期间，每月补助 1200 元，低保及低收入家庭每月补助 1500 元；

（三）肢体障碍（含脑瘫）儿童接受康复训练期间，每月补助 1500 元，低保及低收入家庭每月补助 2000 元。

多重或特殊病例的重度残疾儿童的每月康复护理补助按最高标准的补助类别给予补助，不重复享受。

以上康复护理补助按照实际康复护理时间按月补助，为了鼓励残疾儿童参与康复服务，重度残疾人同时享有残疾人护理补贴。

第五条 申请残疾儿童监护人康复护理补助应提交以下材料：

（一）《厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助申请表》（详见附件）；

（二）残疾儿童户口簿、监护人身份证原件及复印件。以上

材料如果无法证明残疾儿童与监护人的关系需再提供证明残疾儿童与监护人关系的证明材料原件及复印件；

(三)《中华人民共和国残疾人证》或评残表或诊断证明原件及复印件；

(四)康复服务协议原件及复印件；

(五)所在康复机构提供的《阶段性评估报告》原件及复印件；

(六)康复机构开具当年度税务或者财政部门认可的培训费用发票原件及复印件，在医保单位接受康复服务的可提供经医保部门盖章的票据复印件；

(七)残疾儿童监护人提供的银行账户复印件、身份证件复印件。

(八)属于低保或者低收入家庭的，还需提交民政部门核发的低保证明或者属于低收入家庭的证明材料原件及复印件。

以上需提供复印件的，经核对原件无误后退还原件。

每个年度第一次提交材料及残疾儿童基本信息更改时需提供以上材料；在年度内残疾儿童基本信息不变的情况下，可仅提供(一)、(五)、(六)、(七)材料。

第六条 符合条件的残疾儿童，由监护人自主选择有对应残疾类别康复资质的康复机构进行康复。康复机构管理按照《厦门市残疾儿童康复救助办法》(厦残联〔2025〕17号)规定执行。

第七条 残疾儿童监护人持本办法第五条所列材料向户籍

所在地村（居）委会提出申请，由村（居）委会初审签署意见后，经街道审核后发放，由街道汇总申请补助名单和补助金额报送区残联备案。遇法定节假日可顺延。

第八条 街道残联根据厦门市残疾儿童康复救助核销周期同时申报材料，发放补助经费（按残疾儿童监护人实际康复护理补助情况给予补助），补助经费直接转入残疾儿童监护人指定的银行账户。遇法定节假日可顺延。

第九条 各街道、村（居）委会对申请接受康复护理补助的残疾儿童及监护人进行补助资格条件审核，残疾儿童监护人应如实提供所需情况，对拒绝或无正当理由不按时提供有关材料、拒绝或不配合相关调查的，不予以补助。

第十条 各街道残联、村（居）委会在审核时应严格把关。对个人提供虚假证明、信息等不正当手段谋取补助金的，可取消其获取补助的资格，并追回已发放的补助金。

第十一条 对相关单位出具虚假证明材料致使财政资金流失或造成其他严重后果的，依法追究相关责任。

第十二条 区残联于每年10月汇总当年全区残疾儿童康复护理补助申请情况，所需资金由区残联纳入本部门年度预算，区财政予以保障。

第十三条 区残联做好康复护理补助资金的管理和项目绩效评价工作，确保补助经费专款专用，同时依法接受审计、财政部门的监督、检查。对在康复护理补助申请、审核、核发过程中，

弄虚作假、截留挪用、虚报冒领的，一经发现，依法追究相关责任。

第十四条 本办法由区残联负责解释。

第十五条 本办法自 2026 年 1 月 26 日起施行，有效期五年。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《海沧区残疾儿童康复护理补助办法》（厦海残规〔2020〕3 号）不再实施。

附件：

1. 厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助申请表
2. 厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助汇总表

附件 1

厦门市海沧区残疾儿童康复护理补助申请表

儿童姓名		出生年月		残疾证号（无残疾证 填写身份证号）		
残疾类别	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 孤独症（多重残疾可多选）					
低保或低收入家庭	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		厦门心欣幼儿园 在园生（非亲子）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家长姓名		与残疾儿童关系			联系电话	
家长身份证号				家庭地址		
康复机构		银行账号				持卡人
康复训练起止时间	年 月 日--- 年 月 日， 共计 个月。					
村居意见：						
经办人（签字）：			审核人（签字）： 年 月 日 单位（公章）			
街道审批意见：						
同意在康复训练期间给予每月			元康复护理补助， 共计 元。			
经办人（签字）：			审批人（签字）： 年 月 日 单位（公章）			
说明：此表一式一份，街道残联存档。						

附件 2

厦门市海沧区残疾人儿童康复护理补助汇总表

经办人：

审核人：

负责人：

厦门市海沧区残疾人联合会

2025年12月25日印发
