

# 湘西州残疾人联合会文件 湘西州财政局

州残联发〔2023〕6号

## 关于印发《湘西州残疾人辅助器具适配补贴 实施办法》的通知

各县市残联、财政局：

为做好我州残疾人辅助器具适配补贴工作，现将《湘西州残疾人辅助器具适配补贴实施办法》印发给你们，请认真贯彻落实。



2023年12月5日

# 湘西州残疾人辅助器具适配补贴实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步规范残疾人辅助器具适配工作，促进残疾人全面参与社会生活，根据《湖南省残疾人辅助器具适配补贴实施办法》（湘残联〔2023〕11号）规定要求，结合我州实际，制定本办法。

**第二条** 残疾人辅助器具是指用于预防、代偿、监护、减轻或降低损伤、防止活动受限和参与限制的产品（包括器具、设备、仪器、技术和软件）。

**第三条** 残疾人辅助器具适配内容包括：需求调查、信息咨询、服务转介、适配评估、购买配送、设计定（改）制、使用指导、适应性训练、效果评估、回访跟踪、维修更换、展示体验、租赁借用、回收利用、创新研发、知识宣传、监督管理等。

**第四条** 残疾人辅助器具适配补贴坚持尽力而为、量力而行和公开、公平、公正、自愿的原则，以保基本、广覆盖、规范化为目标，以实物补贴为主要方式，支持有需求的残疾人接受辅助器具适配。

**第五条** 鼓励和引导社会力量积极参与残疾人辅助器具适配，加强辅助器具服务机构规范化建设和管理，为残疾人提供高质量辅助器具适配。

**第六条** 州残疾人联合会按照《湖南省残疾人辅助器具适配补贴指导目录》制定《湘西州残疾人辅助器具适配补贴指导目录》

(以下简称《指导目录》见附件1), 县市产品种类和最高补贴不超过《指导目录》标准,《指导目录》将参照省定标准适时调整。《指导目录》内的产品, 县市不再进行集中采购。

县市残疾人联合会可依据本办法, 根据实际情况制定具体实施细则, 有条件的县市可在向州残疾人联合会、州财政局报备的情况下适当扩大重点补贴对象范围。

## 第二章 补贴对象、标准及方式

**第七条** 残疾人辅助器具适配补贴对象为具有湘西州户籍, 持有《中华人民共和国残疾人证》或经湖南省残疾评定医院、三级医院出具诊断证明的残疾人, 包括重点补贴对象和其他补贴对象。

(一) 重点补贴对象。低保、特困供养家庭残疾人; 一户多残家庭残疾人; 0-17 岁的残疾儿童青少年(申请时未满 18 周岁)。

(二) 其他补贴对象。除重点补贴对象外的其他残疾人。

**第八条** 根据《指导目录》中的补贴标准, 结合“湖南省残疾人辅助器具管理与服务平台”(以下简称“辅具服务平台”)中的产品价格, 按照就低不就高的原则, 对重点补贴对象和其他补贴对象实施分类补贴。

(一) 对于重点补贴对象, 按照《指导目录》中的补贴标准给予 100% 补贴; “辅具服务平台”中的产品价格低于补贴标准, 按辅助器具产品价格给予全额补贴。

(二) 对于其他补贴对象, 按照《指导目录》中的补贴标准分档补贴。补贴标准在 500 元(含 500 元)以内的, 按照补贴标准的 80% 补贴; 补贴标准高于 500 元的, 按补贴标准的 60% 补贴;

“辅具服务平台”中的产品价格低于补贴标准，按产品价格和上述比例分档给予补贴。

**第九条** 残疾人辅助器具适配补贴由县市残疾人联合会依据适配结果等相关凭证与产品供应商或辅助器具适配定点机构定期结算。

**第十条** 《指导目录》中同一种辅助器具在规定的使用年限内只能享受一次补贴，使用年限到期后，可重新申请。除多重残疾人外，不得跨残疾类别申请辅助器具；对于多重残疾人申请多种辅助器具适配的，补贴总数不得超过3件；对于其他类别残疾人申请多种辅助器具适配的，补贴总数不得超过2件。

**第十一条** 在工伤保险、社会救助等相关待遇中已享受了辅助器具适配的，在其产品使用年限内不重复享受辅助器具适配补贴。

### 第三章 适配流程

**第十二条** 申请。依据“辅具服务平台”发布的残疾人辅助器具服务资讯，受理残疾人辅助器具适配申请，做好相应的辅助器具管理与服务工作。

1. 线上申请。残疾人（监护人/代理人）登录“湖南省残疾人互联网+康复综合管理与服务平台”，在“辅具服务平台”中提交申请，并按程序上传相关证明材料。

2. 线下申请。残疾人（监护人/代理人）持有效证件，到户籍所在地乡镇（街道）提出申请，填写《湖南省残疾人辅助器具适配补贴申请审批表》（见附件2），并提交相关证明材料。由工作人员将残疾人申请信息录入到“辅具服务平台”。

3. 所需材料。(1)残疾人户口本或身份证。(2)残疾人证原件或者诊断证明书。(3)重点补贴对象应提供有关最低生活保障、特困户、一户多残等证件或证明材料。(4)委托他人申请补贴的，应提供委托书和受托人有效证件。

**第十三条 评估。**辅助器具适配评估是指《指导目录》中明确需要评估的残疾人辅助器具，由县市残疾人联合会委托残疾人辅助器具服务中心或指定的评估服务机构进行综合评估，提出辅助器具适配意见。因身体原因无法进行辅助器具现场评估的，辅助器具评估机构应开展上门评估服务。

#### **第十四条 审核。**

1. 初审。乡镇（街道）残疾人联合会受理补贴申请后，应于5个工作日内完成初审，将审核意见报县市残疾人联合会。

2. 复审。县市残疾人联合会应于5个工作日内出具复审意见，对符合补贴条件的，确定辅助器具补贴种类和标准；不符合补贴条件的，及时向申请对象说明原因并出具意见。

**第十五条 适配。**辅助器具适配是指辅助器具适配服务机构根据辅助器具适配评估意见，为残疾人提供辅助器具咨询、展示体验、选购配送、定（改）制、使用指导、适应性训练、效果评估、维修保养、跟踪回访等服务。

1. 辅助器具适配申请审核通过后，残疾人登录“辅具服务平台”，向辅助器具适配定点机构提交订单，或到辅助器具适配定点机构接受适配。超出《指导目录》补贴标准的部分，由残疾人自付后再进行辅助器具适配。适配完成后，残疾人和辅助器具适

配定点机构登录“辅具服务平台”进行确认。

2. 辅助器具适配服务机构应及时将辅助器具配送至残疾人手中，并做好适配服务。鼓励有条件的辅助器具适配机构开展辅助器具租赁、租借、回收再利用等服务。

**第十六条 服务评价。**残疾人适配辅助器具后，可根据辅助器具产品质量，服务机构的服务态度、配送情况、服务承诺等，在“辅具服务平台”对产品供应商和辅助器具适配定点机构进行满意度评价。州残疾人联合会和县市残疾人联合会定期组织开展辅助器具适配效果和服务质量评价，评价结果作为加强残疾人辅助器具适配管理的依据。

**第十七条 结算。**补贴额度内的资金，由县市残疾人联合会依据相关凭证与辅助器具适配服务机构定期结算。需要残疾人自付的资金，由残疾人与辅助器具适配服务机构结算。

#### 第四章 服务机构和产品

**第十八条 辅助器具产品及供应商、辅助器具适配定点机构**由省残疾人联合会采取公开招标方式确定。辅助器具产品价格包括辅助器具设备价格及适配服务费，其中适配服务费不超过辅助器具产品总价的 20%。

招标入围的辅助器具产品及供应商、辅助器具适配服务定点机构应向州残疾人联合会、县市残疾人联合会提出申请，填写和上报《湘西州残疾人辅助器具供应商、适配定点机构申请审批表》（附件 3）及佐证材料，经审核通过后，签署协议报省残疾人联合会备案。县市残疾人联合会每季度末将产品供应商、辅助器具

适配定点机构的服务情况报送州残疾人联合会。

辅助器具产品及供应商、辅助器具适配服务定点机构应按协议在湘西州设置辅助器具服务实体店（点），采取实际体验和网上咨询相结合的形式，为残疾人提供适配服务。

## 第五章 资金保障

**第十九条** 残疾人辅助器具补贴资金由各级财政统筹残疾人事业发展资金、残疾人扶助专项资金及残疾人就业保障金等给予保障。根据残疾人辅助器具适配需求和申请时限，优先保障重点补贴对象。

## 第六章 组织管理

**第二十条** 残疾人辅助器具适配补贴工作实行统筹推进、分级管理。

（一）州残疾人联合会负责组织实施本地区残疾人辅助器具适配补贴工作，按照《湘西州残疾人辅助器具适配补贴指导目录》执行，开展监督检查和绩效评价，宣传推广残疾人辅助器具适配政策，按要求做好相关数据统计汇总工作。

（二）县市残疾人联合会负责制定本地区残疾人辅助器具适配补贴具体操作办法。评估、审批辅助器具补贴申请，及时结算补贴资金。开展辅助器具适配的示范指导、展示体验、技术培训、政策宣传，建立健全服务档案，做好相关数据的录入统计工作。

（三）乡镇（街道）残疾人联合会负责残疾人辅助器具适配补贴申请的受理和初步审核，组织开展辅助器具适配需求调查、

业务培训及政策宣传，为有需要的残疾人提供上门服务。

## 第七章 监督管理

**第二十一条** 残疾人基本辅助器具适配补贴资金实行专项管理，严格按照规定用途使用，定期组织督查。

残疾人辅助器具产品供应商、辅助器具适配定点机构应当加强内部管理和质量控制，自觉接受相关部门和社会公众监督，强化服务意识，改善服务条件，优化服务流程，为残疾人提供质优、价廉、便捷的辅助器具适配。

**第二十二条** 已补贴的辅助器具不得出售、转租、转让。对于在申请过程中弄虚作假、骗取补贴的，三年内不得申请残疾人辅助器具适配补贴；对参与弄虚作假、骗取补贴的产品供应商和辅助器具适配定点机构，取消残疾人辅助器具适配服务商资格。对于骗取、套取的补贴资金由县市残疾人联合会追回，收缴同级国库。

## 第八章 附 则

**第二十三条** 本办法自 2023 年 12 月 1 日起实施，由湘西州残疾人联合会、湘西州财政局负责解释。

- 附件：1、湘西州残疾人辅助器具适配补贴指导目录；  
2、湖南省残疾人辅助器具适配补贴申请审批表；  
3、湘西州残疾人辅助器具供应商、适配定点机构申请审批表。

附件 1

# 湘西州残疾人辅助器具适配补贴指导目录

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
1	肢体残疾	个人移动 辅助器具	普通轮椅	台	3	500	手动四轮轮椅,包括助推轮椅、手动轮椅、带座便功能的轮椅等(任选其一),为固定扶手,固定式脚踏板。	下肢残疾,需借助轮椅移动的残疾人。	否
2			功能轮椅	台	3	800	扶手可掀或可拆卸,踏板可翻、高度可调,踏板支架可外旋的手动轮椅。	长时间乘坐轮椅,且需在轮椅上进行位置转移的截瘫、偏瘫等残疾人。	是
3			高靠背轮椅	台	3	1000	配有头枕、身体固定带、腿托等配件,靠背可调为全躺位或半躺位的手动轮椅。	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。	是
4			运动式生活 轮椅	台	5	2000	扶手和靠背较低,大轮可拆、前轮较小、驱动灵活,需量身选配的手动轮椅。	适用于能够自行驱动轮椅,上肢臂力较好,身体控制能力强,需长时间依赖轮椅生活的截瘫等残疾人。	是
5			电动轮椅 (室内型)	台	5	4000	电池驱动,有单手操作电子控制装置的四轮轮椅。	适用于需借助轮椅生活,不具备使用手动轮椅能力,经评估有单手能操控轮椅控制器,无认知障碍的四肢截瘫等重度肢体残疾人。	是
6			助行器	台	3	200	包括四脚框架式、两轮或四轮、手扶带座式,高度可调。	平衡能力和下肢肌力稍差,上肢功能尚可,需借助助行器具站立和行走的残疾人。	否

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估	
7	肢体残疾	个人移动 辅助器具	前臂支撑台式 助行器	台	3	1500	手部有平台支撑,可带座和制动,高度可调。	用于下肢肌力及平衡能力差,尚有行走功能的肢体残疾人,辅助站立和行走。	是	
8			手摇三轮车	台	5	1200	手动三轮轮椅,有倒档和驻车装置,座位有扶手。	下肢残疾,但身体功能较好,具备操控能力、需较长距离户外移动的残疾人。	是	
9			移乘板	个	3	200	用于放置在轮椅和床、轮椅和坐厕之间辅助使用者完成转移的装置,需表面光滑,摩擦力小、抗折和方便取放携带。	长期乘坐轮椅并有自主移位需求的残疾人。	否	
10			腋拐	副	2	200	腋下部位有一个支撑托的助行器具,钢质或铝合金材质,高度可调,能帮助行走困难的残疾人实现部分行走功能。	单腿或双脚支撑能力较差,上肢功能健全的残疾人。	否	
11			肘拐	副	2	200	有前臂支撑架或环带,钢质或铝合金材质,高度可调,能帮助行走困难的残疾人实现部分行走功能。	单腿或双脚支撑能力较差,上肢功能健全的残疾人。	否	
12			多脚手杖	支	2	100	非由前臂或腋下支撑的单臂操作助行器具,钢质或铝合金材质,高度可调,能帮助行走困难的残疾人实现部分行走功能。	下肢肌力弱、平衡能力差,但上肢功能健全的残疾人。	否	
13			单脚手杖	支	2	100				否
14			手杖凳	支	2	100				否
15			家庭和其他场所的家具和适配件	多功能护理床	张	3	1500	钢制框架、带护栏、床边桌,可手动或电动调节的护理床。	长期卧床,无法自行起身的重度残疾人。	是
16			个人护理类产品用具	成人纸尿裤	5件 (1件 12包, 每包10 片)	1	1100	用于重度失能残疾人,残疾人在不能自理情况下提供更健康、更高质量的解决方案,减轻残疾人家庭负担,创造更好护理条件,提高残疾人生活质量。	一级重度残疾人且长期卧床。	是

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
17		个人医疗 辅助器具	防压疮床垫	张	3	500	具有分散局部压力功能床垫,包括交替 替充气型,和记忆海绵垫等。	长时间卧床、无法自行翻身的重度残 疾人。	是
18			防压疮座垫	张	3	500	具有分散局部压力功能的座垫,包括 气道、凝胶、记忆海绵垫等材质。	需长时间乘坐轮椅的残疾人。	否
19	肢体残疾	个人生活 自理及防 护辅具	接尿器	个	1	100	辅助小便,包括尿壶或接尿器(任选 其一),分男性、女性两种。	适用于长期卧床或行动不便的残疾人。	否
20			便盆	个	1	200	用于完成卧位如厕产品。包括塑料或 金属材料,分男用和女用款。	适用于长期卧床或行动不便的残疾人。	否
21			座便椅	个	2	300	带便桶,有靠背,可折叠的框架式椅。	因肢体功能障碍导致如厕困难的残 疾人。	否
22			洗浴椅/凳	个	2	300	防水,高度可调节的洗浴用椅/凳, 座板和支脚具有防滑性能。	年老体弱或肢体功能障碍难以站立洗 浴的残疾人。	否
23			生活自助具	套	2	300	帮助残疾人自主饮食的进食类辅具 (专用刀、叉、勺、筷、杯盘、防滑 垫等)	因肢体功能障碍导致日常生活(主要 指进食)能力下降的残疾人。	否
24			足部假肢	具	成人3年,儿 童1年。	2000	代偿足部缺失部分的结构和功能。	部分足截肢,经评估适合装配的残疾 人。	是
25	下肢假肢		赛姆假肢	具	成人3年,儿 童1年。	3000	代偿踝部截肢者部分结构和功能得 到改善。	踝部截肢、赛姆截肢或小腿残肢过长, 经评估适合装配的残疾人。	是
26			小腿假肢	具	成人3年,儿 童1年。	5000	代偿小腿缺失部分的结构和功能。	小腿截肢,经评估适合装配的残疾人。	是
27			膝部假肢	具	成人3年,儿 童1年。	6000	代偿膝部截肢者缺失部分的结构和 功能。	膝关节离断、小腿极短残肢、大腿残 肢过长,经评估适合装配的残疾人。	是
28			大腿假肢	具	成人3年,儿 童1年。	8000	代偿大腿截肢者缺失部分的结构和 功能。	大腿截肢者,经评估适合装配的残疾 人。	是

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
29		下肢假肢	髌部假肢	具	成人3年,儿童1年。	10000	代偿髌部截肢者缺失部分的结构和功能。	髌关节离断或大腿残肢过短,经评估适合装配的残疾人。	是
30			手部假肢	具	成人3年,儿童1年。	2000	弥补外观缺损或代偿功能。	单个手指或多个手指缺损者,掌骨截肢者。	是
31			腕离断假肢	具	成人3年,儿童1年。	4000	弥补外观缺损或代偿功能。	腕离断或前臂长残肢的截肢者。	是
32			前臂假肢	具	成人3年,儿童1年。	5000	弥补外观缺损或代偿功能。	前臂截肢者。	是
33		上肢假肢	肘离断假肢	具	成人3年,儿童1年。	6000	弥补外观缺损或代偿功能。	肘离断或上臂残肢过长、前臂极短残肢的截肢者。	是
34	肢体残疾		上臂假肢	具	成人3年,儿童1年。	8000	弥补外观缺损或代偿功能。	上臂截肢者。	是
35			肩部假肢	具	成人3年,儿童1年。	10000	弥补外观缺损或代偿功能。	肩离断或上臂残肢过短的截肢者。	是
36			足矫形器	具	成人3年,儿童1年。	400	取型定制,用皮革、塑料及金属材料制作,用于改善足部功能。	扁平足、高弓足、内外翻足、糖尿病足、足弓部扭伤受压迫,胫骨后肌腱疼痛及前脚底疼痛等,经评估适合装配的足部功能障碍的残疾人。	是
37		矫形器	矫形鞋	具	成人3年,儿童1年。	800	通过专业评估测量,专用设备取型定制,根据足部功能需要选择鞋型尺码和材料,用于足部畸形改善足部功能。	经评估适合装配的足部功能障碍的残疾人。	是
38			腕手矫形器	具	成人3年,儿童1年。	800	取型定制,用皮革、塑料及金属材料制作,用于改善腕部功能。	手部畸形、掌指关节不能主动伸展、垂腕等残疾人。	是

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
39			脊柱矫形器	具	成人3年,儿童1年。	2000	起到控制或矫正脊柱侧弯,起支撑、固定、减荷、保护、矫正作用。	脊柱损伤或变形的残疾人。	是
40			踝足矫形器	具	成人3年,儿童1年。	1000	取型定制,固定或限制踝关节活动,起到稳定和保護踝关节作用。	伤病导致的足下垂、内外翻足、踝关节无法控制等残疾人。	是
41	肢体残疾	矫形器	膝踝足矫形器	具	成人3年,儿童1年。	3000	取型定制,起到固定或限制膝关节、踝关节活动,腿部支撑、矫正畸形等功能。	膝内翻、膝外翻、膝过伸、屈膝肌无力、膝韧带损伤、膝关节骨性关节炎等疾病引起的功能障碍,经过评估需要装配的残疾人。	是
42			膝部矫形器	具	成人3年,儿童1年。	2000	固定膝部关节和辅助支撑。	膝内翻、膝外翻、膝过伸、屈膝肌无力、膝韧带损伤、膝关节骨性关节炎等疾病引起的功能障碍,经过评估需要装配的残疾人。	是
43			足部固定器	具	成人3年,儿童1年。	3000	取型定制,将患者的力线进行前后调节,支撑期更加稳定,抑制痉挛的产生与恶化,对膝过伸、膝过屈患者均有效果。	下肢残疾,需要借助固定器行走或训练的残疾人	是
44	肢体残疾 医疗辅助 产品	医疗矫形 辅助器具	矫形鞋垫	具	成人2年,儿童1年。	800	通过专业评估测量,专业设备取型定制,选择鞋型尺码和材料,用于足部畸形改善足部功能。	下肢残疾,足部畸形残疾人。	是
45	视力残疾	个人移动 辅助器具	盲杖	支	1	100	帮助视力残疾人感知周围环境,折叠式或可伸缩,帮助视力残疾人安全出行。	适用于盲及低视力残疾人出行。	否

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
46			盲文写字板和笔	套	2	100	4行×28方,盲人书写工具。	适用于盲人书写。	否
47			盲用手表	件	3	200	包括语音报时或触摸式机械手表(任选其一)。	适用于视力残疾人(计时)。	否
48	视力残疾	通信和信息辅助器具	听书机	台	3	500	具备互联网网站无障碍访问功能,支持多种格式数字资源播放;支持DAISY国际标准,具备章节直选和记录读书笔记等功能;用于盲及低视力残疾人者听读互联网信息及数字无障碍教学。	适用于盲及低视力残疾人。	否
49			手持式电子助视器	件	3	800	便携式电子放大设备,放大倍数可调,可提供多种显示模式。	适用于视力残疾人近用(如阅读)。	是
50			台式电子助视器	台	5	3000	带台式电子显示屏的助视器,放大倍数可调分为近用台式电子助视器,近远两用台式电子助视器及便携式近远两用电子助视器(配置显示器)等(任选其一)。	适用于就学及特殊环境就业的低视力人群。	是
51			中远距离眼镜式助视器	件	3	300	焦距独立可调,最大可放大约2倍。	适用于视力残疾中远距离视觉需求。	否
52			低视力专用滤光镜	件	3	200	镜片可有效过滤波长范围在400-500nm之间的光波90%以上;镜片规格可选。	适用于低视力残疾人。	否

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
53	视力残疾	沟通和信 息辅具	光学放大镜	件	2	100	近用光学助视器。非球面设计,含多种倍数,可配有照明光源。包括手持式、立式、镇纸式、胸挂式等(选其一),满足近距离视觉需求。	适用于低视力残疾人近用。	否
54			单筒望远镜	个	3	100	远用光学助视器。手持单筒式,焦距可调,放大倍率分2.5倍、4倍、6倍、8倍等(选其一)。主要用于看远户外标识、公交站牌、红绿灯等看远需求。	适用于低视力残疾人远用。	否
55			眼镜式助视器	件	3	300	凹凸透镜、散光镜片、棱镜、双光镜等不同镜片组合,符合低视力者学习工作生活需求,便于低视力残疾人安全舒适配戴。	适用于低视力残疾人。	否
56	听力/言语 残疾	沟通和信 息辅具	耳背/定制式 助听器及电池	台	4	3000	使用数字信号处理技术的助听装置。各通道可独立调节增益,功率涵盖中功率、大功率、特大功率耳背或定制式助听器。	适用于有残余听力的听力残疾人。	是
57			盒式助听器	台	3	400	又称配式或口袋式助听器,操作方便,不易产生声反馈。使用5号、7号电池,或可充电电池。	适用于有残余听力的听力残疾人。	否
58			震动闹钟	个	3	300	具备震动功能的报时装置,具有震动提醒、夜光显示等多种功能。	适用于听力残疾人。	否

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
59	听力/言语 残疾	沟通和信 息辅具器 具	便携式手写沟 通板	个	2	300	采用了低功耗的柔性液晶显示和一键擦除技术,帮助听力功能障碍者和语音功能障碍者进行文字沟通,可反复刷新5万次(3-5年)。	适用于听力、言语残疾人进行文字沟通交流。	否
60			闪光门铃	个	2	100	具有闪光装置的门铃,起到提示作用	适用于听力障碍的残疾人。	否
61	精神/智力 残疾	个人生活 自理和防 护辅具器 具	随身定位器	个	2	300	通过卫星定位系统,可以防走失的手环、腕表、挂件	任何阶段的精神残疾和智力残疾人。	否
62			生活自助具	套	1	300	包含防洒碗(盘)、助食筷、弯柄勺(叉),辅助残疾人进行进食。	适用于智力残疾人、精神残疾人。	否
63			脑瘫儿童专用 轮椅	台	2	1500	辅助代步功能,除轮椅基本配置外,各种有头靠和固定及限位装置,靠背可调为半躺位的手动轮椅。	适用于脑瘫儿童等,障碍较重不能独立行走的残疾儿童、少年。	是
64			儿童轮椅	台	2	1000	尺寸相对成人轮椅小,辅助代步。	适用于有代步需要的残疾儿童、少年。	是
65	肢体残疾 (0-14岁 儿童、少 年)	个人移动 辅具器 具	儿童坐姿椅	台	2	1200	具有调整功能,有放置双手的操作平台、限位装置,能够帮助残疾儿童保持坐姿。	适用于不能自行保持坐姿的残疾儿童、少年。	是
66			儿童站立架	台	2	1200	直立式或前倾式站立架/床,桌面高度应可调整,整体可拆装折叠;带脚轮,可移动;护胸、护腹、护腿设计合理。	无法自行站立的残疾儿童、少年。	是

序号	残疾类别	辅具类别	名称	单位	使用年限 (年)	补贴标准 (元)	产品功能及说明	适用对象及用途	是否 须经 评估
67	肢体残疾 (0-14岁 儿童、少 年)	个人移动 辅助器具	儿童助行器	台	2	300	两轮或四轮助行器及学步车,高度可 调,包括前推式和后拉式及带坐立支 撑。	适用于不能独立行走的残疾儿童、少 年。	否
68	听力/言语 残疾(0-17 岁儿童、少 年)	沟通和信 息辅助器 具	耳背/定制式 助听器及电池	台	4	4000	全数字信号处理,多通道压缩技术, 输出功率包含中功率、大功率、特大 功率。	适用于有残余听力的残疾儿童少年。	是

注: 1、单位是“副”的,是指左右两边,如1副“腋拐”,按1件计;单位为“具”的,是指单边,按1件计。  
2、本目录无特殊说明,辅助器具适用对象中包括残疾儿童少年;未注明年龄段的残疾儿童为0-17岁。  
3、是否须经评估栏中标注为“否”的经乡镇审核即可,标注为“是”的需要通过适配评估认定方可给予适配补贴。

附件 2

## 湖南省残疾人辅助器具适配补贴申请审批表

姓 名		性 别		民 族																					
出生年月		残疾类别		残疾等级																					
身份证号/残疾证号																									
家庭地址				联系电话																					
代理人或监护人姓名			联系电话																						
符合补贴类别	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 五保户 <input type="checkbox"/> 一户多残户 <input type="checkbox"/> 特困救助 <input type="checkbox"/> 残疾儿童青少年 <input type="checkbox"/> 残疾大学生 <input type="checkbox"/> 其他残疾人																								
申请辅助器具名称	序号	辅助器具	数量	申请人(代理人)签字																					
	1			日期:																					
	2																								
	3																								
辅具评估意见	根据评估结果, 建议适配_____辅助器具。 签字(盖章): _____ 日期: _____																								
乡镇(街道)残联意见	<input type="checkbox"/> 申请材料属实(相关材料附后) <input type="checkbox"/> 同意评估意见 签字: _____ 盖章: _____ 日期: _____																								
县(市、区)残联审批意见	<input type="checkbox"/> 申请材料属实(相关材料附后), 同意按照以下方案进行补贴: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">辅助器具名称</th> <th style="width: 15%;">最高补贴金额</th> <th style="width: 15%;">补贴比例</th> <th style="width: 15%;">实际补贴金额</th> <th style="width: 15%;">使用年限</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 审核人签字(盖章): _____ 日期: _____					辅助器具名称	最高补贴金额	补贴比例	实际补贴金额	使用年限															
辅助器具名称	最高补贴金额	补贴比例	实际补贴金额	使用年限																					

附件 3

湘西州残疾人辅助器具供应商、适配定点机构申请审批表

机构名称				
机构地址			邮政编码	
法定代表人		联系电话	登记主管 部门	
成立时间			统一社会 信用代码	
机构性质	<input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 医疗卫生机构 <input type="checkbox"/> 其它			
机构简介 (含资质、人员、评估、专业设备、设施、管理和服务情况,简单表述并附佐证材料)				
机构申请	本机构申请成为_____类辅助器具定点(协议)服务机构,在范围内开展服务。以上申请材料真实有效。  法定代表人(签章): _____ (盖章) 年 月 日			
县市残联意见	材料审核结果:  现场确认结果:  (盖章) 年 月 日			
州残联意见	(盖章) 年 月 日			

---

湘西州残疾人联合会办公室

2023年12月5日印发

---