

浙江省残疾人联合会
浙江省民政厅
浙江省财政厅
浙江省卫生健康委员会
文件

浙残联发〔2018〕69号

省残联 省民政厅 省财政厅 省卫生健康委
关于印发浙江省残疾人基本型辅助器具服务
实施办法的通知

各市、县（市、区）残联、民政局、财政局、卫生健康委：

为贯彻落实《中共浙江省委 浙江省人民政府关于印发〈健康浙江 2030 行动纲要〉的通知》《浙江省人民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》精神，进一步建立健全我省残疾人

基本型辅助器具保障制度，全面推进残疾人辅助器具适配工作，省残联、省民政厅、省财政厅和省卫生健康委共同制定了《浙江省残疾人基本型辅助器具服务实施办法》。现印发给你们，请认真贯彻执行。



2018年12月42日

浙江省残疾人基本型辅助器具服务实施办法

第一条 为进一步加强我省残疾人基本型辅助器具服务工作，帮助残疾人补偿功能，促进残疾人更加便利参与社会生活，实现融合发展，根据《中华人民共和国残疾人保障法》有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所指残疾人基本型辅助器具服务内容包括：业务培训，需求调查，信息咨询，评估适配，相关补贴，使用指导，个性化适配，借用、展示、体验，回收利用，创新研发，监督管理等。

第三条 坚持保基本、提绩效、促公平，公益性和市场化服务相结合的原则，运用信息化等手段，为有需求的残疾人提供个性化、便利化的基本型辅助器具服务。

第四条 残疾人基本型辅助器具补贴包括实物配发和货币补贴两种形式。实物配发是指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。

第五条 符合实物配发和货币补贴条件的基本型辅助器具须为分别纳入《浙江省残疾人大额辅助器具购买补贴目录》和《浙江省残疾人小额辅助器具购买补贴目录》（以下分别简称为《大

额补贴目录》和《小额补贴目录》)的器具。

《大额补贴目录》中的辅助器具采取省级统一招标方式确定入围服务厂商并将实物配发给残疾人。

第六条 残疾人基本型辅助器具服务工作实行省、市、县(市、区)残联分级管理。

(一)省残联负责规划全省残疾人辅助器具服务工作,制定相关服务制度,开发全省辅助器具服务业务系统。依托浙江康复医疗中心负责全省残疾人辅助器具服务的技术指导与组织实施工作,开展辅助器具省级评估、技术培训、适配定制和展示、体验等服务,指导市、县(市、区)残疾人辅助器具服务机构开展工作。

(二)市残联负责规划本辖区残疾人辅助器具服务工作,制定相关服务制度。市级残联康复部负责本市残疾人辅助器具服务的技术指导与组织实施工作,开展辅助器具市级评估、技术培训、适配定制和展示、体验等服务,指导县(市、区)残疾人辅助器具服务机构开展服务工作。

(三)县(市、区)残联负责本辖区残疾人辅助器具服务工作。建立残疾人辅助器具服务工作机制,组织开展残疾人辅助器具的展示、体验、评估、定制和使用指导等工作。

第七条 建立并逐步完善浙江省残疾人基本型辅助器具业务管理系统,提供残疾人辅助器具服务相关信息、辅助器具产品信息、服务需求登记和申请、审批等服务。

第八条 残疾人基本型辅助器具适配应按各类《补贴目录》明确规定的基本型辅助器具类型、适用人群、补贴标准、使用年限和评估要求等执行。

第九条 各市、县（市、区）残疾人辅助器具服务机构要积极开展辅助器具回收再利用服务工作。回收再利用的辅助器具经专业检测合格后，可用于二手市场销售、租赁和借用服务。

第十条 残疾人按照自愿的原则申请《补贴目录》中的政府补助基本型辅助器具，在市、县（市、区）残联或其指定的残疾人辅助器具评估机构接受评估，按评估意见配置相应的辅助器具。

市、县（市、区）残联会同卫生健康部门组建专家库，为本地评估机构提供专业技术支持。

第十一条 残疾人在省、市残联指定的辅助器具服务机构根据《补贴目录》配置基本型辅助器具，按本办法享受补贴。各辅助器具服务机构专业人员应参加省、市残联组织的业务培训。

第十二条 补贴范围与标准

（一）具有本省户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》的0—17周岁残疾儿童少年、年满18周岁的在校残疾学生和享受困难残疾人生活补贴的残疾人，在辅助器具使用年限内可免费配置《大额补贴目录》内的基本型辅助器具1件；购买《小额补贴目录》内的基本型辅助器具，按所购买辅助器具对应补贴标准给予补贴，所购辅助器具价格低于补贴标准的，按实际价格给予

补贴。

本款服务对象经市、县（市、区）残联或其指定的残疾人辅助器具评估机构评估后，可以同时补助《大额补贴目录》和《小额补贴目录》中的辅助器具各 1 件。

（二）具有本省户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》但不在前款所列范围内的残疾人，购买《大额补贴目录》内的基本型辅助器具，可以按照政府招标价格在使用年限内自费购买 1 件；购买《小额补贴目录》内的基本型辅助器具，按所购买辅助器具对应补贴标准的 50% 给予补贴，所购辅助器具价格低于补贴标准 50% 的，按实际价格给予补贴。

本款服务对象，在同一年度内不得同时享受实物配发和货币补贴形式。

（三）符合实物配发条件的在同一年度内只可配发《大额补贴目录》中的 1 种辅助器具。符合货币补贴条件的每年在总额人民币 300 元范围内可以享受《小额补贴目录》中的多种辅助器具。同一类辅助器具在使用年限内不得重复享受。

第十三条 申请与审批

残疾人（或代办人）提交《浙江省残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表》，经街道（乡镇）残联初审，市、县（市、区）残联或其指定的残疾人辅助器具评估机构评估，由县（市、区）残联审核同意后按规定给予相应补贴。

第十四条 建立基本型辅助器具购买补贴备案审核制度。

残疾人购买辅助器具后，辅助器具服务机构应在规定时间内，向县（市、区）残联报送辅助器具购买付费和配送交接凭证。

县（市、区）残联应及时安排基层残联工作人员入户核实，掌握残疾人所购买辅具的适配服务和使用的信息。

第十五条 建立残疾人辅助器具服务诚信系统。对冒领、套取财政补贴资金的残疾人，追回已享受的残疾人辅助器具补贴资金，违规行为纳入个人诚信记录。对提供虚假评估报告的残疾人辅助器具评估机构，按规定予以处理。

第十六条 对于实物配发的各类辅助器具，残疾人因自身原因或使用不当导致的各种人身伤害甚至死亡或财产损失的，各级残联等供应方不承担赔偿责任。

第十七条 省残联会同省财政厅、省卫生健康委、省民政厅等部门按照职责对本办法执行情况进行监督检查。对滥用职权、徇私舞弊等违法违纪行为，按照有关法律法规严肃处理。

第十八条 省残联会同省民政厅、省财政厅和省卫生健康委根据本办法制定相关实施细则，定期更新公布《补贴目录》和各类服务机构名单。

第十九条 本办法实施后，困难残疾人家庭无障碍改造项目中不再安排和实施《补贴目录》中的大小额辅具。《浙江省人民政府关于完善残疾儿童康复服务制度的实施意见》（浙政发〔2018〕36号）中残疾儿童的辅助器具适配服务与补贴参照本办法执行。已享受《残疾军人康复辅助器具配置暂行办法》（民

发〔2013〕15号)以及工伤、交通意外致伤残疾人的辅助器具配置政策不适用本办法。

第二十条 本办法自2019年1月1日起实施,由省残联、省民政厅、省财政厅和省卫生健康委负责解释。

- 附件:
1. 浙江省残疾人大额辅助器具购买补贴目录
 2. 浙江省残疾人小额辅助器具购买补贴目录
 3. 浙江省残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表

附件 1

浙江省残疾人大额辅助器具购买补贴目录

辅具类别	序号	名称	单位	适用对象	使用年限	招标参考价	评估级别	备注
个人移动辅具	1	普通轮椅	辆	适用于下肢残疾，需借助轮椅长距离移动的残疾人。	3	600	县级	
	2	活扶手轮椅	辆	适用于长时间乘坐轮椅，且需在轮椅上进行位置转移的截瘫、偏瘫等残疾人。	3	800	县级	
	3	高靠背轮椅	辆	适用于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。	3	1200	县级	
	4	运动式生活轮椅	辆	适用于能够自行驱动轮椅、上肢臂力较好、身体控制能力强、需长期依赖轮椅生活的截瘫等残疾人。	4	3000	县级	
	5	电动轮椅（室内型）	辆	适用于需借助轮椅生活、不具备使用手动轮椅能力、经评估有单手能够操控轮椅控制器、无认知障碍的四肢瘫等重度肢体残疾人。	5	5000	县级	
	6	手摇三轮车	辆	适用于下肢残疾，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。	5	1000	县级	
个人生活自理和防护辅具	7	多功能护理床	张	适用于长期卧床无法自行起身的重度残疾人。	5	2250	县级	
	8	防压疮床垫	张	适用于长时间卧床、无法自行翻身的重度残疾人。	3	1300	县级	
	9	防压疮座垫	张	适用于需长时间乘坐轮椅的残疾人。	2	700	县级	
下肢假肢	10	足部假肢	具	适用于部分足截肢，经评估适合装配的残疾人。	3	6000	县级	
	11	赛姆假肢	具	适用于踝部截肢、赛姆截肢或小腿残肢过长，经评估适合装配的残疾人。	3	6000	县级	

辅具类别	序号	名称	单位	适用对象	使用年限	招标参考价	评估级别	备注
下肢假肢	12	小腿假肢	具	适用于小腿截肢，经评估适合装配的残疾人。	3	7000	县级	
	13	膝部假肢	具	适用于膝关节离断、小腿极短残肢、大腿残肢过长，经评估适合装配的残疾人。	3	10000	县级	
	14	大腿假肢	具	适用于大腿截肢者，经评估适合装配的残疾人。	3	16000	县级	
	15	髋部假肢	具	适用于髋关节离断或大腿残肢过短，经评估适合装配的残疾人。	3	20000	县级	
上肢假肢	16	手部假肢	具	适用于单个手指或多个手指缺损者，掌骨截肢者。	2	2000	县级	
	17	腕离断假肢	具	适用于腕离断或前臂长残肢的截肢者。	3	3500	县级	
	18	前臂假肢	具	适用于前臂截肢者。	3	3875	县级	
	19	肘离断假肢	具	适用于肘离断或上臂残肢过长、前臂极短残肢的截肢者。	3	5500	县级	
	20	上臂假肢	具	适用于上臂截肢者。	3	5500	县级	
	21	肩部假肢	具	适用于肩离断或上臂残肢过短的截肢者。	3	6000	县级	
沟通和信息类	22	助听器	台	适用于有残余听力的听力残疾人。	4	3000	县级	
	23	盲人智能眼镜	台	适用于视力一、二级盲人。	3	3000	县级	

附件 2

浙江省残疾人小额辅助器具购买补贴目录

辅具类别	序号	名称	单位	适用对象	使用年限	补贴标准	评估级别	备注
个人移动辅具	1	手杖	支	适用于下肢肌力减弱或平衡能力略差的残疾人	2	60	县级	
	2	肘杖	副	适用于单腿支撑能力稍差或握力略差的残疾人	2	120	县级	
	3	腋杖	副	适用于单腿或双脚支撑能力较差，平衡能力正常的残疾人	2	140	县级	
	4	助行器	台	适用于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	3	200	县级	
	5	移乘板	个	适用于长期乘坐轮椅并有自主移位需求的残疾人	3	200	县级	
个人生活自理及防护辅具	6	座便椅	个	适用于因肢体功能障碍导致如厕困难的残疾人	3	260	县级	
	7	洗浴椅/凳	个	适用于年老体弱或肢体功能障碍难以站立洗浴的残疾人。	3	200	县级	
	8	取物器	个	适用于移动或起身困难的残疾人	3	50	县级	
	9	接尿器	个	适用于长期卧床或行动不便的残疾人	1	150	县级	
	10	便盆	个	适用于长期卧床或行动不便的残疾人	1	200	县级	
	11	围腰	个	适用于腰骶部伤病导致的疼痛及活动受限残疾人	2	300	县级	

辅具类别	序号	名称	单位	适用对象	使用年限	补贴标准	评估级别	备注
矫形器	12	足矫形器	只	适用于扁平足、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。	3（儿童1）	320	市级	
	13	矫形鞋	双		3（儿童1）	1400	市级	
	14	腕手矫形器	具	适用于手部畸形、掌指关节不能主动伸展、垂腕等残疾人。	3（儿童1）	700	市级	
	15	脊柱矫形器	具	适用于脊柱损伤或变形的残疾人。	3（儿童1）	2000	市级	
	16	踝足矫形器	具	适用于伤病导致的足下垂、内外翻足、踝关节无法控制等残疾人。	3（儿童1）	600	市级	
	17	膝踝足矫形器	具	适用于膝内翻、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。	3（儿童1）	2500	市级	
	18	膝部矫形器	只	适用于膝内翻、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。	3（儿童1）	1600	市级	
沟通和生活类辅具	19	盲杖	件	适用于视力残疾人辅助行走或定向训练。	1	100	县级	
	20	光学放大镜	件	适用于低视力残疾人近用，如阅读。	2	100	县级	
	21	单筒望远镜	件	适用于视力残疾人远用（如看远处公交车牌，红绿灯等）。	3	100	县级	
	22	盲用手表	件	适用于视力残疾人（计时）。	3	90	县级	
	23	阅读眼镜（单目、双目）	件	适用于视力残疾人（近用）。	2	100	县级	
	24	近用眼镜式助视器	件	适用于视力残疾人（近用）。	3	130	县级	
	25	听书机	件	适用于视力残疾人。	3	290	县级	
	26	盲用电脑软件	件	适用于为已经自行配置电脑的视力残疾人安装软件。	5	300	县级	
	27	盲用手机软件	件	适用于已经自行配置智能手机的视力残疾人。	2	180	县级	

辅具类别	序号	名称	单位	适用对象	使用年限	补贴标准	评估级别	备注
沟通 和信息 生活类 辅具	28	中远距离眼镜式助视器	件	适用于视力残疾中远距离视觉需求。	3	80	县级	
	29	手持式电子助视器	件	适用于有残余视力的视力残疾人。	3	500	县级	
	30	放大软件	件	适用于已经自行配置电脑的视力残疾人。	5	300	县级	
	31	低视力专用滤光镜	件	适用于视力残疾人。	3	160	县级	
生活 辅助 类	32	防溢报警器	件	适用于视力残疾人。	3	40	县级	
	33	防走失定位器	件	适用于精神、智力一、二级残疾人	3	300	县级	

注：此处儿童指《浙江省人民政府关于完善残疾儿童康复服务制度的实施意见》中的服务对象。

附件 3

浙江省残疾人基本型辅助器具补贴申请审批表

____市____县(市、区)____街道(乡、镇)____村(社区)					
姓 名		残疾证号码		性 别	
残疾类别		残疾等级		年 龄	
家庭住址			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	☐ 低保家庭 ☐ 低保标准 100—150%以内家庭 ☐ 其他家庭				
是否在校	☐ 是 ☐ 否				
申请辅具类别	☐ 实物配发类 ☐ 货币补贴类				
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	
辅具名称 3		发票金额		补助金额	
申请人签字	签字: _____ 年 月 日				
街道(乡、镇) 残联审核	(可略) 签字: _____ 年 月 日				
县(市、区) 残联审核	签字: _____ 年 月 日				

