

舟山市定海区残疾人联合会
舟山市定海区财政局 文件
舟山市定海区卫生局

定残联〔2013〕9号

关于印发《定海区残疾人康复工程实施方案》
的通知

各乡镇人民政府、街道办事处：

现将修订后的《定海区残疾人康复工程实施方案》印发给你们，
请认真贯彻执行。

舟山市定海区残疾人联合会 舟山市定海区财政局 舟山市定海区卫生局

二〇一三年二月二十五日

定海区残疾人康复工程实施方案

根据《关于印发〈浙江省残疾人康复与儿童残疾预防“十二五”实施方案〉的通知》（浙残联康复〔2012〕76号）和《关于印发〈舟山市残疾人康复工程实施方案〉的通知》（舟残联〔2012〕50号）精神，为进一步加强我区残疾人康复工程的组织实施，推动残疾人康复工作深入开展，特制定本方案。

一、实施对象

具有定海区户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》（白内障复明手术对象除外，其中孤独症儿童需经二级以上精神专科医院确诊）、有康复需求和适应指征的残疾人（残疾儿童为0—14周岁）。

二、重点项目和补助标准

（一）深入实施助听、助明、助行行动

根据残疾人需求并对接省项目要求，进一步完善残疾人康复工程助听、助明、助行行动的补助政策，适当调整项目，扩大残疾人受益覆盖面。本项目的实施对象为家庭人均年收入在低保标准150%以内的残疾人，确有生活困难的，经核实后经济条件可适当放宽。

1. 继续实施助行行动。为符合条件的下肢缺失残疾人安装假肢，平均每条补助1万元（髋关节或膝关节严重损坏的贫困下肢重度残疾人人工髋关节或膝关节置换手术参照假肢装配补

助标准执行)。

2. 继续实施助听行动。为符合条件的听障残疾人验配助听器，平均每台补助 2400 元。

3. 继续实施助明行动。为符合条件的白内障患者实施复明手术，对低保标准 150%以内白内障患者按照平均每例 2000 元标准在扣除基本医疗保险等各类补助后的手术费自负部分实行全额补助；对确有生活困难的其他白内障患者在扣除基本医疗保险等各类补助后的手术费自负部分平均每例补助 800 元。为符合条件的低视力残疾人验配助视器，平均每人补助 1000 元。为符合条件的盲人提供定向行走训练，每人补助训练费 150 元、用品用具购置费 200 元。

(二) 全面实施残疾儿童抢救性康复项目

1. 康复训练。为有康复需求和适应指征的听力、言语、肢体、智力和孤独症等残疾儿童提供康复训练。(1) 康复训练费。听力、言语、智力、孤独症残疾儿童为每人每月 1000 元。肢体残疾儿童为每人每月 2000 元。(2) 保杂费。全托为每人每月 350 元，日托为每人每月 200 元。对于享受省里补助标准外，康复训练费和保杂费人均年收入在低保标准 150%以内的家庭全额补助；其他家庭上述两项费用财政补助 50%，家庭自负 50%。以上康复训练费和保杂费如有调整，按调整后的规定执行。

2. 助听器和助视器适配。聋儿助听器适配从每人 1 台增加到 2 台，补助标准为每台 2400 元，并每人一次性补助调试和维

护费 1200 元。对享受听力康复训练的残疾儿童，每人一次性补助家长培训经费 150 元。符合条件的低视力残疾儿童验配助视器，补助标准为每台 1000 元。

3. 人工耳蜗手术。根据省聋儿人工耳蜗抢救性康复项目的规定，为听力重度聋儿购置配发基本型人工耳蜗，并提供人工耳蜗手术及术后康复训练。补助条件：（1）年龄为 1—6 周岁。（2）具有定海区户籍，并持有第二代残疾人证。（3）听力损失为重度聋以上。（4）经二等甲级以上医疗机构检查，无手术禁忌症，听觉器官发育正常，无脑性麻痹，无蜗后病变，精神、智力及行为发育正常。（5）监护人对人工耳蜗有较正确的认识和较高的期望值，能配合并保证受助对象手术后在定点康复机构至少接受一年的康复训练。补助标准：为每名受助聋儿提供基本型人工耳蜗产品 1 台，手术费（含术前检查费用）为每人 1.2 万元，术后一年的康复训练经费为每人 1.4 万元。

4. 普及型辅助器具适配。为不同类别的残疾儿童配发普及型辅助器具。普及型辅助器具适配补助标准提高到每人 1500 元，残疾儿童每年能申请配发 1 件。

5. 肢体残疾儿童假肢、矫形器装配。对符合条件和适应指征的肢体残疾儿童，补助假肢、矫形器 5000 元，其中零部件及材料费占 60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）占 40%。

6. 肢体矫治手术及术后康复训练。对符合肢体矫治手术适应指征的肢体残疾儿童，每例补助手术费 1 万元、术后康复训

练费 6000 元和矫形器装配 1200 元。主要手术适应症包括：先天性关节畸形；小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸形及脱位；脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形或脱位、坏死等。

上述第 2 至第 6 项根据补助标准（实际支出低于补助标准的以实际支出计算），按照残疾儿童家庭经济等状况贫困（指残疾孤儿或家庭人均年收入在低保标准 150%以内）、特殊困难（指家庭人均年收入在低保标准 150%—200%之间或一户多残、一人多残、重度残疾、单亲）和其他分别给予补助标准（实际支出）100%、50%和 25%的补助。

三、组织实施

（一）初步筛查。区残联会同卫生部门组织医生或专业人员，对有适应指征和康复需求的残疾人进行初步筛查，对适合上述康复项目适应指征的残疾成人或残疾儿童予以登记造册，并出具“适应指征初筛证明”。

（二）审批程序

1. 本人申请。对经筛查具有适应指征的对象，由本人（或其监护人）向户籍所在地社区（村）委员会提出申请，领取并填写《定海区残疾人康复工程申请表》或《定海区“残疾儿童抢救性康复项目”申请表》（附件 1、2，以下简称《申请表》）。

2. 社区（村）评议。社区（村）委员会依据本方案规定实施对象的条件，组织对申请人的资格条件进行评议。对初步符

合条件的申请人进行审核并在《申请表》上签署意见，同时提供低保证（救助证）复印件或“经济状况证明”，连同申请人提交的相关材料上报乡镇（街道）残联。

3. 乡镇（街道）初审。乡镇（街道）残联按照有关规定对社区（村）上报的申请人的相关材料进行调查核实，并将初审通过的申请人名单在申请人所在社区（村）公示，无异议后签署意见上报。

4. 区残联复审。乡镇（街道）残联将《申请表》连同“适应指征初筛证明”、低保证（救助证）复印件或“经济状况证明”统一送至区残联，区残联复审并签署意见。“适应指征初筛证明”、低保证（救助证）复印件或“经济状况证明”由区残联存档备查，《申请表》由乡镇（街道）残联带回，并交申请人或其监护人。区残联在审核申请材料时，对申请人持有的《中华人民共和国残疾人证》进行审核。需要鉴定、重新核发证件的予以重新核发。

（三）确定定点机构。白内障复明手术定点医院，由区残联会同卫生部门确定；助听器、助视器和假肢验（装）配由区残联向省招标确定的中标供货商采购，具体服务时间、地点等由双方协商确定后另行通知；聋儿、肢残儿童、智障儿童、孤独症儿童的机构康复训练、人工耳蜗手术及术后康复训练、肢残儿童的矫治手术及术后康复训练、辅助器具适配由省市残疾人康复指导中心、区残疾人辅助器具供应点或其他定点机构实施或转介。

（四）服务程序。残疾人持审核同意的《申请表》到定点

机构和定点服务点接受相应康复服务。由定点机构、定点服务点的主检医师、验配师、技师、康复师对其进行适应指征复查、评估。对复查、评估具备适应指征者，及时安排康复训练、手术或验（装）配，落实随访服务，同时收回《申请表》并填写《定海区残疾人康复工程服务记录表》或《定海区“残疾儿童抢救性康复项目”服务记录表》（附件 3、4）。对复查、评估不具备适应指征者，应耐心进行解释和说明。定点机构或定点服务点凭《申请表》、《服务记录表》和发票，到区残联结算经费，不得向服务对象额外收取费用。

人工耳蜗手术及术后康复项目按照省残联和省卫生厅制定的实施方案执行。

四、登记统计

区残联根据《申请表》和《服务记录表》，填写《定海区残疾人康复工程实施进度季报表》或《定海区“残疾儿童抢救性康复项目”实施进度季报表》（附件 5、6，以下简称《季报表》），每季度汇总康复服务的数据，在每年的 4 月、7 月、10 月和次年的 1 月初分别向市残联上报《季报表》。在完成纸质统计汇总和上报工作的同时，还须按照残疾人共享小康工程和残疾儿童抢救性康复项目信息管理的要求，及时将信息录入“浙江省残疾人共享小康工程电子信息系统”，以实现康复工程和残疾儿童抢救性康复项目的动态管理。

五、职责分工

区残联负责残疾人康复工程和残疾儿童抢救性康复项目的具体组织实施，做好调查摸底和实施情况的统计及其他相关工作。

区卫生局负责提供残疾人康复工程和残疾儿童抢救性康复项目的医疗资源、技术保障及残疾等级评定工作。

区财政局负责残疾人康复工程和残疾儿童抢救性康复项目经费的预算安排和资金的拨付及监督管理工作。

六、检查评估

区残联将实施残疾人康复工程和残疾儿童抢救性康复项目纳入乡镇（街道）残联年度工作考核目标，并组织力量对项目实施情况进行定期专项检查。如发现因工作不力，影响残疾人康复工程和残疾儿童抢救性康复项目进度和质量的给予通报批评；对采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取、截留、挪用补助经费的，追究相关人员的责任。

七、本办法由区残联负责解释，自2013年1月1日起执行。原文件规定与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：
1. 定海区残疾人康复工程申请表；
 2. 定海区“残疾儿童抢救性康复项目”申请表；
 3. 定海区残疾人康复工程服务记录表；
 4. 定海区“残疾儿童抢救性康复项目”服务记录表；
 5. 定海区残疾人康复工程实施进度季报表；
 6. 定海区“残疾儿童抢救性康复项目”实施进度季报表。

附件 1

定海区残疾人康复工程申请表

姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月	
联系电话		残疾证号			
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		与监护人关系		监护人住址	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 享受当地城乡居民最低生活保障 <input type="checkbox"/> 家庭人均年收入在低保标准 100~150% 之间 <input type="checkbox"/> 当地政府确定扩大的康复工程实施范围以内			户 口	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾 视力残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力残疾 听力残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="radio"/> 左小腿截肢 <input type="radio"/> 右小腿截肢 <input type="radio"/> 左大腿截肢 <input type="radio"/> 右大腿截肢				
本人或监护人申请	<p>本人(或我的被监护人_____)基本情况如上。希望获得定海区“残疾人康复工程”的康复服务,具体请求享受康复服务的内容如下:</p> <input type="checkbox"/> 白内障复明手术 <input type="checkbox"/> 免费验配助视器 <input type="checkbox"/> 免费验配助听器 <input type="checkbox"/> 免费安装下肢假肢 <input type="checkbox"/> 其他(请注明): _____ 特此申请 <p style="text-align: right;">申请人签字_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
(以上各栏由申请人填写。遇“□”和“○”时,请在选择项打“√”)					
社区(村)委会评议意见	(盖章) 年 月 日				
乡镇(街道)残联初审意见	(盖章) 年 月 日				
区残联复审意见	(盖章) 年 月 日				

附件 2

定海区“残疾儿童抢救性康复项目”申请表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生年月	
联系电话	残疾证号				
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		监护人住址			
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 残疾孤儿和家庭人均年收入在低保标准150%以内的残疾儿童。 <input type="checkbox"/> 低保标准150—200%家庭的残疾儿童及一家多残、一人多残、重度残疾、单亲等特殊困难家庭的残疾儿童。 <input type="checkbox"/> 其他家庭的残疾儿童。			户口	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户
享受医疗保险、救助情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其它保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗救助				
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾： 视力残疾程度： <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力言语残疾 听力言语残疾程度： <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 智力残疾 智力残疾程度： <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 孤独症： 孤独症程度： <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾： <input type="radio"/> 左小腿截肢 <input type="radio"/> 右小腿截肢 <input type="radio"/> 左大腿截肢 <input type="radio"/> 右大腿截肢 <input type="radio"/> 左上肢 <input type="radio"/> 右上肢 脑瘫导致肢体残疾程度： <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级				
监护人申请	我的监护人_____基本情况如上。希望获得定海区“残疾儿童抢救性康复项目”的康复服务，具体请求享受康复服务的内容如下： <input type="checkbox"/> 验配助听器 <input type="checkbox"/> 验配助视器 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配 <input type="checkbox"/> 听力言语康复训练 <input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗手术及术后康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术及术后康复训练 <input type="checkbox"/> 假肢、矫形器装配 <input type="checkbox"/> 家长康复培训 其他（请注明）：_____				
特此申请 <div style="text-align: right; margin-right: 20%;"> 申请人签字：_____ </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20%;"> _____ 年 月 日 </div>					
（以上各栏由申请人填写。遇“□”和“○”时，请在选择项打“√”）					

<p>社区(村) 委会评议意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>乡镇(街道)残联 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>区残联 复审意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>省项目组审核 意见</p>	<p style="text-align: center;">(此栏仅为人工耳蜗项目填写, 其它项目不填写)</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>残疾证、低保证、 困难救助证等复印 件黏贴处</p>	

附件 3

定海区残疾人康复工程服务记录表

姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月	
联系电话		残疾证号			
家庭住址				核证日期	
监护人姓名		与监护人关系			
监护人住址				联系电话	
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾 视力残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力残疾 听力残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 左小腿截肢 <input type="checkbox"/> 右小腿截肢 <input type="checkbox"/> 左大腿截肢 <input type="checkbox"/> 右大腿截肢				
康复需求、适应指征、筛查情况及康复服务结果、费用记录(医师、验配师、技师、训练师分别填写此栏。遇“□”和“○”时,请在选择项打“√”)	<p>1、白内障复明手术: (一次手术只允许做一只眼睛)</p> <input type="checkbox"/> 可以手术: <input type="checkbox"/> 左眼手术 <input type="checkbox"/> 右眼手术; <input type="checkbox"/> 不可以手术 术前裸眼视力____; 术后裸眼视力 <input type="checkbox"/> 无光感 ~ <0.02 <input type="checkbox"/> 0.02 ~ <0.05 <input type="checkbox"/> 0.05 ~ <0.1 <input type="checkbox"/> 0.1 ~ <0.3 <input type="checkbox"/> 0.3 ~ 人工晶体: <input type="checkbox"/> 植入; <input type="checkbox"/> 未植入 住院治疗费用: ¥_____元 本人或监护人签字: _____ 手术医院: _____ (盖章) 年 月 日				

康复需求、适应指征、筛查情况及康复服务结果、费用记录（医师、验配师、技师分别填写此栏。遇“□”和“○”时，请在选择项打“√”）	<p>2、助听器验配: <input type="checkbox"/>可以验配: <input type="radio"/>左耳验配 <input type="radio"/>右耳验配; <input type="checkbox"/>不可以验配</p> <p>左耳听力损失____分贝; 右耳听力损失____分贝</p> <p>左耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/>最适; <input type="checkbox"/>适合; <input type="checkbox"/>较适</p> <p>右耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/>最适; <input type="checkbox"/>适合; <input type="checkbox"/>较适</p> <p>助听器验配费用: ¥_____元 本人或监护人签字: _____</p> <p>验配机构: _____ (盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>3、助视器验配: <input type="checkbox"/>可以验配; <input type="checkbox"/>不可以验配</p> <p>视力补偿效果: <input type="checkbox"/>最适; <input type="checkbox"/>适合; <input type="checkbox"/>较适</p> <p>助视器验配费用: ¥_____元 本人或监护人签字: _____</p> <p>验配机构: _____ (盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>4、下肢假肢装配:</p> <p><input type="checkbox"/>可以装配: <input type="radio"/>左小腿 <input type="radio"/>右小腿 <input type="radio"/>左大腿 <input type="radio"/>右大腿; <input type="checkbox"/>不可以装配</p> <p><input type="checkbox"/>装配假肢: <input type="radio"/>左小腿假肢 <input type="radio"/>右小腿假肢 <input type="radio"/>左大腿假肢 <input type="radio"/>右大腿假肢</p> <p>假肢装配费用: ¥_____元 本人或监护人签字: _____</p> <p>装配机构: _____ (盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

说明: 此表填写一式三份。一份交受助对象; 一份作为定点医院或定点服务点向区残联报销费用的凭据; 一份由定点医院或定点服务点留存备查。

附件 4

定海区“残疾儿童抢救性康复项目”服务记录表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生年月	
联系电话		残疾证号			
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		与被监护人关系			
监护人住址				联系电话	
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾: 视力残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力言语残疾: 听力言语残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 智力残疾: 智力残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 孤独症: 孤独症程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: <input type="checkbox"/> 左小腿截肢 <input type="checkbox"/> 右小腿截肢 <input type="checkbox"/> 左大腿截肢 <input type="checkbox"/> 右大腿截肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 脑瘫导致肢体残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级				
康复需求、适应指 征、筛查情况 及康复服务结果、 费用记录 (医师、验配师、 技师、训练师分别 填写此栏。遇“ <input type="checkbox"/> ” 和“ <input type="checkbox"/> ”时,请在 选择项打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”)	1. 助听器验配: <input type="checkbox"/> 可以验配: <input type="checkbox"/> 左耳验配 <input type="checkbox"/> 右耳验配; <input type="checkbox"/> 不可以验配 左耳听力损失_____分贝; 右耳听力损失_____分贝 左耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 右耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 助听器验配费用: ¥ _____元 监护人签字: _____ 验配服务机构: _____ (盖章) 年 月 日				
	2. 助视器验配: <input type="checkbox"/> 可以验配; <input type="checkbox"/> 不可以验配 视力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 助视器验配费用: ¥ _____元 监护人签字: _____ 验配服务机构: _____ (盖章) 年 月 日				
	3. 康复训练: <input type="checkbox"/> 听力言语康复训练 <input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 康复效果: <input type="checkbox"/> 很好; <input type="checkbox"/> 较好; <input type="checkbox"/> 一般; <input type="checkbox"/> 无效 经费补助: ¥ _____元 监护人签字: _____ 康复训练机构: _____ (盖章) 年 月 日				

附件 5

定海区残疾人康复工程实施进度季报表

填报单位: _____ (盖章)

任 务 名 称	20__年全年 计 划 数	截止第__季度 完 成 数
贫困白内障患者复明手术(例)		
贫困听力残疾人免费验配助听器(台)		
贫困低视力残疾人免费验配助视器(名)		
贫困下肢缺失者免费安装假肢(条)		

填表人:

联系电话:

审核人:

填报日期: 年 月 日

附件 6

定海区“残疾儿童抢救性康复项目”实施进度季报表

填报单位：_____（盖章）

项目名称	项目任务完成情况		项目实施质量、安全情况
	已完成数	未完成数	
听力语言康复训练（人）			
脑瘫康复训练（人）			
智力康复训练（人）			
孤独症康复训练（人）			
聋儿助听器适配（台）			
助视器验配（人）			
人工耳蜗手术（人）			
人工耳蜗术后康复训练（人）			
听力残儿童家长康复培训（人）			
辅助器具适配（例）			
假肢、矫形器装配（人）			
矫治手术及术后康复、矫形器装配（例）			
合 计			/

填表人：

联系电话：

审核人：

填报日期： 年 月 日

舟山市定海区残疾人联合会办公室

2013年2月25日印发
