

南京市残疾人联合会 南京市民政局 南京市财政局

宁残规〔2025〕1号

关于健全完善残疾人托养服务 有关事项的通知（试行）

各区残联、民政局、财政局，江北新区卫生健康和民政局、财政局：

为满足残疾人多元化、个性化托养照料服务需求，进一步促进家庭和谐稳定，不断提升残疾人的幸福感、获得感，现就健全完善残疾人托养服务有关事项通知如下：

一、养老机构开展残疾人寄宿制托养服务

（一）收住对象

1.南京市户籍、持有有效的《中华人民共和国残疾人证》一级、二级残疾人（视力、听力、言语、肢体、智力）；

- 2.年龄在 16-59 周岁；
- 3.生活自理能力、社会适应能力、生产劳动能力弱；
- 4.本人和家庭有托养护理服务需求；
- 5.经评估符合收住条件。

以下情形不符合收住对象

- 1.患有传染性疾病的残疾人；
- 2.其他不适合收住的情况。

（二）服务项目

养老机构在现有床位内提供一定数量床位专门用于重度残疾人寄宿制托养服务，按照现有服务项目、收费标准及服务标准提供服务。

（三）机构运营补贴

1.补贴对象

社会力量运营的养老机构。

2.补贴条件

运营补贴必须同时满足以下条件：

（1）取得养老机构备案回执；

（2）民办非企业单位登记证书或企业营业执照；

（3）收住残疾人有以下档案资料：收住协议书、残疾人身份证、残疾人证、户口簿复印件、残疾人标准照片、健康检查资料、送养人（监护人）资料及联系方式；

(4) 残疾人当月入住 15 天以上；

(5) 一年内未发生消防安全、食物中毒及其他重大安全责任事故。

3. 补贴标准

根据养老机构收住残疾人的人数，运营补贴按每人每月 300 元的标准计算。

同时，若入住的残疾人符合条件的，可按《南京市残疾人托养服务补贴实施细则》（宁残字〔2021〕43 号）相关要求申请托养服务补贴。

二、喘息服务

（一）服务对象

南京市户籍，依老养残家庭内低保、低保边缘持证一级、二级残疾人（不包括已享受托养服务、重度残疾人助残服务或长期护理保险服务等政府补贴的残疾人），符合下列全部条件的，属于喘息服务对象：

1. 依老养残是指残疾人由父母供养且父母一方达到法定退休年龄，或依法由祖父母、外祖父母、其他亲属供养且供养人有一方达到法定退休年龄；

2. 在家接受近亲属照料。按照《民法典》规定，近亲属是指：配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

3.截止申请之日近亲属已连续在家庭照料残疾人达 180 天。

（二）补贴标准

服务机构为每位残疾人每年（指自然年）连续提供服务 20 天，每天费用 150 元，全年 3000 元。

（三）服务内容

喘息服务期间，残疾人（或其家庭）与服务机构签订服务协议，服务机构按照协议内容提供服务，服务费用包括护理费、床位费、伙食费、水电费等常规入住服务机构的所有费用，不包括医疗和个人个性化生活的费用。

（四）申请流程

1.残疾人或亲属向街道（镇）提出申请，并填写《喘息服务申请表》（附件 2），由街道（镇）对残疾人本人、残疾类别、残疾等级和家庭基本情况等进行初审，对残疾人符合享受喘息服务要求的报区残联备案；

2.街道（镇）组织残疾人（或其家庭）与服务机构双向选择，双方确定后，签订服务协议。

3.服务结束后，由服务机构填写《残疾人喘息服务补贴申请表》，经街道（镇）初审，区残联审批后予以拨付。

三、经费结算

本着就近就便接受服务，残疾人原则上在户籍所在区选择机构进行相关服务。

所需资金从各级残疾人事业发展补助资金中列支，按《南京市残疾人事业发展补助资金管理办法》要求执行。各区与服务机构每年至少结算一次。

四、服务监管

（一）服务机构对开展的服务内容、服务时长等要一人一档长期保存。机构和个人在申请补贴、接受核查时，必须提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证。存在弄虚作假、骗取财政资金等违规行为的，不予拨付当年度相关补贴，并按照有关规定严肃处理。

（二）对利用托养或养老机构房产从事核准服务范围以外的其他经营活动的，终止其享受补贴的资格；构成违法违纪的，依法依规追究责任。

（三）各区残联每年需组织残疾人满意度调查，对不满意的服务机构应调查核实，发现违规行为的取消当年度补贴资格。市残联会同相关部门将不定期组织对区抽查。

五、其他事项

（一）本规定自 2025 年 4 月 1 日起施行，有效期为 3 年。

（二）本规定实施后，国家和省有新规定的按国家和省规定执行。

附件：1.养老机构开展残疾人寄宿制托养运营补贴申请材料
2.残疾人喘息服务申请材料



2025年3月17日

附件 1

养老机构开展残疾人寄宿制托养服务运营补贴 申请材料

一、申请材料目录

- 1.区民政部门委托的第三方专业机构出具的残疾人能力评估表（按新国标）
- 2.南京市养老机构残疾人托养运营补贴申请表
- 3.南京市养老机构残疾人托养运营补贴自查报告
- 4.南京市养老机构残疾人托养运营补贴核算人员统计表

二、南京市养老机构残疾人托养运营补贴申请表

(所属时间: 年第 季度)

基 本 情 况							
机构名称					法定代表人		
机构地址					联系电话		
机构等级					核定机构内床位数		
营业执照(民非)证 号					机构设置证号(备案)		
开户银行					银行账号		
员 工 概 况							
员工总数		持证人数		管理人员		持证人数	
运 营 补 贴 申 请 内 容							
月份	机构等级	一级		二级		补贴总金额	
		人	金额	人数	金额		
月份							
月份							
月份							
总计							
补贴金额:				大写:			
本机构承诺以上及所附数据资料真实有效,如有不实,愿承担相关处罚。 负责人签名: (单位盖章) 年 月 日							
审 批 意 见							
区级部门意见		区 民 政: (章)			区 残 联: (章)		
		年 月 日			年 月 日		

三、南京市养老机构残疾人托养运营补贴自查报告

基 本 情 况									
机构名称						法定代表人			
机构地址						邮政编码			
联系人				联系电话					
营业执照(民非)证 号				机构设置证号(备案)					
核定床位数				收住残疾人数					
自 查 情 况									
自查时间		自查方式		参与人数			参与比例		
自 查 内 容	1.是否存在虚假广告宣传			是		否		备注	
	2.是否按照协议提供服务			是		否		备注	
	3.是否侵害残疾人合法权益			是		否		备注	
	4.残疾人对机构的综合评价			满意		基本满意		不满意	
	5.其他事项								
存 在 问 题	1.								
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
自查结论	非常满意		基本满意		不满意		满意率		
调查员签名									
姓名		职务		姓名		职务			
被调查人签名									
本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关处罚。 负责人签名:(单位盖章) 年 月 日									

四、南京市养老机构残疾人托养运营补贴核算人员（机构内）

统计表

（所属月份）： 年 月

填报单位（盖章）：

填报时间：

序号	护理类别	姓名	残疾人证号码	户籍	入院时间	出院时间	房号	家属电话
	一级							
	二级							
合计人数： 人，其中一级 人，二级 人。								
填表说明	1.本表只填写符合补贴条件的收住对象；外出者要在备注栏说明事由及时间； 2.新收住残疾人需有残疾人能力评估证明。							

填表人：

附件 2

残疾人喘息服务申请材料

一、申请材料目录

- 1.残疾人喘息服务申请表
- 2.残疾人喘息服务补贴申请表
- 3.残疾人喘息服务补贴名单汇总表

二、残疾人喘息服务申请表

残疾人家庭基本情况							
姓名		性别		年龄		身份证号码	
户籍地址						现居住地址	
申请代理人 签字			与申请人 关系			联系方式	
照料亲属与申请人 关系					是否享受托养服务、重度残疾人助残服务或长期护理保险等相关政府补贴服务	☐ 是（请列明已享受服务类型） ☐ 否	
审核意见							
残疾人证 号码					残疾类别、等级		
街道（镇）审核意见		经审核，该同志符合享受喘息服务要求， 年 月开始提供服务。 （公章）经办人： 年 月 日					
区残联备案		同意。 （公章）经办人： 年 月 日					

备注：申请服务时应同时提交申请人及申请代理人身份证复印件、申请人户口本复印件。

三、残疾人喘息服务补贴申请表

服务对象	姓名		性别		出生年月	年	月	日
	残疾人证号			残疾类别		残疾等级		
	家庭经济状况	低保 ☐ 低保边缘 ☐ 非低保、低保边缘 ☐						
	申请类型	寄宿制服务 ☐ 居家服务 ☐						
	户籍所在区、街道				联系电话			
	现居住地							
代理人	姓名		性别		联系电话			
	身份证号码				与申请人关系			
本人承诺未享受残疾人托养服务、重度残疾人助残服务、长期护理保险服务。 残疾人或代理人签名：_____ 年 月 日								
（以上由残疾人或代理人填写）								
服务机构			地址					
服务机构意见	上述人员由我机构提供自 月 日起，提供喘息服务。 机构负责人：_____ 年 月 日							
街道（镇）初审意见	经初审，上述人员符合条件。 （公章）：经办人：_____ 年 月 日							
区残联审批意见	同意从当月起享受相关补贴。 （公章）：经办人：_____ 年 月 日							

备注：本表一式叁份，服务机构、街道（镇）、区残联各一份。

四、残疾人喘息服务补贴名单汇总表

服务机构名称（盖章）：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	残疾人证号	残疾类别及等级	联系电话	户籍地	服务机构名称	服务天数	补贴金额（万元）
1								
2								
3								
合 计								