

南京市残疾人联合会
南京市教育局
南京市民政局文件
南京市财政局
南京市卫生健康委员会

宁残规〔2024〕2号

关于印发《南京市残疾儿童基本康复服务
管理实施细则》的通知

各区残联、教育局、民政局、财政局、卫生健康委员会，江北新区
卫生健康和民政局、教育局和社会保障局、财政局：

现将《南京市残疾儿童基本康复服务管理实施细则》印发给
你们，请遵照执行。



南京市残疾人联合会



南京市教育局



南京市民政局



南京市财政局



南京市卫生健康委员会
2024年6月21日

南京市残疾儿童基本康复服务管理实施细则

根据《市政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》（宁政规字〔2019〕3号）《江苏省残疾儿童基本康复服务管理暂行办法》（苏残发〔2020〕23号）《江苏省残疾儿童基本康复服务实施规范（2023年版）》（苏残规〔2023〕1号）等文件精神 and 《残疾儿童基本康复服务规范》南京市地方技术标准，结合本市实际，制定本实施细则。

第一章 总 则

第一条 残疾儿童基本康复服务是指用政府财政资金保障残疾儿童在定点康复机构获得的基本康复教育和训练服务。康复服务应着眼改善和提高各类残疾儿童感知、运动、认知、言语沟通、情绪管理、生活自理、社会交往等能力。按《江苏省残疾人基本康复服务目录》提供与年龄和残疾类别相适应的康复训练、康复医疗、辅助器具适配和支持性服务，并向残疾儿童及其家庭提供康复评估、康复咨询、康复指导和康复宣传服务。

第二条 残疾儿童基本康复服务定点机构是指由国家、社会和个人举办，依法登记，专门为残疾儿童提供基本康复服务的机构（以下简称“定点机构”）。定点机构的确定根据财政部门政

府购买服务管理办法规定的方式和程序执行。

第三条 残疾儿童基本康复服务对象为本市户籍、有康复需求和康复意愿、持有中华人民共和国残疾人证或经国内三级医院评估认定有康复训练适应指征的0—14周岁视力、听力、言语、肢体、智力等发育功能障碍和孤独症儿童，15—17周岁低保、低边、一户多残和依老养残家庭的残疾儿童。0—14周岁人工耳蜗植入手术后康复训练儿童。申请康复救助需提供残疾儿童户籍证明（身份证）资料，医学诊断证明书或残疾人证、残疾评定表。

第四条 经国内三级医院相应科室副主任医师以上职称的医师诊断为视力、听力、言语、肢体、智力等发育功能障碍和孤独症，确需接受康复训练的儿童，由医院出具医学诊断证明书。医学诊断证明书须注明需要康复的类别，加盖医院诊断专用章。首次申请康复救助的医学诊断证明书，视力障碍自开具之日起1年内有效；听力、言语、肢体、智力等功能障碍和孤独症自开具之日起3年内有效。

第五条 疑似残疾的发育功能障碍和孤独症儿童，其监护人可向户籍区残联申请残疾评定。符合残疾评定标准的，残疾评定表中应注明残疾类别和分级，由户籍区残联盖章确认。

第六条 7—17周岁肢体、智力、听力言语、视力残疾儿童和孤独症儿童，人工耳蜗植入手术后接受康复训练的儿童，符合残疾评定标准的，鼓励监护人为残疾儿童申领残疾人证。

第二章 服务时间和形式

第七条 为保证康复效果连续有效，残疾儿童基本康复服务应在定点机构内进行，年度基本康复时间不少于9个月。

第八条 基本康复服务形式分全日制和非全日制两种类型，残疾儿童监护人可自主选择服务类型。

第九条 全日制是指残疾儿童在定点机构内同步接受康复服务和学前（学科）教育。在当月法定工作（学习）日，接受每天4小时的基本康复服务，课程设置应符合残疾儿童个性特征，其中个性化服务支持每天不少于1节课40分钟。

第十条 非全日制是指残疾儿童在家庭、幼儿园、中小学的托幼照料、学前（学科）教育间隙，到定点机构接受以个性化服务支持为主的基本康复服务，每月12天（每周3天），每天1次1.5小时，其中个性化服务支持不少于1小时，集体课或小组课不少于0.5小时；低视力儿童康复服务内容根据低视力儿童实际需求设定，每月不少于8天（每周2天），每天1次不少于1小时。

第十一条 残疾儿童辅助器具适配服务、听力残疾儿童人工耳蜗植入手术按照残疾人辅助器具补贴政策及相关规定执行。

第三章 经费结算

第十二条 残疾儿童自申请之日起一个年度康复服务周期

内，只享受一种残疾类别的康复救助，多类别康复救助经费不叠加计算。

第十三条 定点机构按规定时长提供基本康复项目免费服务。残疾儿童年度康复救助经费低于最高救助标准按实际费用结算，高于最高救助标准按最高标准结算。

年度新增儿童、生病住院儿童（生病住院儿童需提供正规医院开具的入院证明、出院小结及出院结算票据等）当月满足基本康复训练时间，救助费用按规定折算到月。

第十四条 医疗类康复救助经费可按照医疗保障和卫生健康部门制定的公立医疗机构医疗康复项目收费标准核算。

第十五条 转介到异地（含省外）定点机构康复的残疾儿童康复救助经费原则上按户籍地救助标准执行；户籍地救助标准高于服务承接地标准时，按服务承接地救助标准执行。

第十六条 定点机构按一人一档要求，提供残疾儿童康复服务考勤记录、评估报告、监护人签字确认的康复记录和服务费用有效票据。经区残联审核同意后，由区残联直接与定点机构结算。转介到省外定点机构康复的残疾儿童救助经费可以报销的形式按年度结算。

第十七条 结算中的有效凭据是财政系统正规医疗票据原件或税务系统正规发票原件，开具内容符合《江苏省残疾人基本康复服务目录》规定的各类康复训练、康复医疗、支持性服务等项目要求。

第四章 服务流程

第十八条 残疾儿童在完成相关医学诊断或残疾评定后，由监护人向户籍地区级残联提出申请，填写《江苏省残疾儿童基本康复服务申请表》（附件1），并提供申请所需的书面证明材料。民政部门下属社会福利机构收养的残疾儿童，由福利机构作为监护人提出申请。监护人也可以通过《中国残疾人服务平台》申请。

第十九条 区级残联应在10个工作日内对申请康复救助的残疾儿童相关信息进行审核并给予答复，及时转介残疾儿童到定点机构接受康复服务，做到“即审即康”。

第二十条 残疾儿童监护人可自主选择定点机构接受基本康复服务，确需在异地（含省外）残联定点机构接受基本康复服务的残疾儿童，监护人在计划接受基本康复服务开始前向户籍区残联提出申请，经审核批准后转介到异地定点机构接受基本康复服务。

第二十一条 残疾儿童不得同时在两个以上定点机构接受基本康复服务，确需变更定点机构的，应终止与原定点机构的协议，由户籍区残联重新审核后再次转介，每年只能办理1次转训手续。

第二十二条 户籍区残联应与定点机构、残疾儿童监护人签订残疾儿童基本康复服务三方协议，应明确相互责任义务，包括服务范围、服务项目、服务质量、费用标准、考核、结算方式、

信息管理、违约责任等条款和监督检查、绩效评价等内容。协议一年一签，严禁定点机构转包服务。

第二十三条 户籍区残联应加强残疾儿童异地康复服务质量的把控力度，建立协议监管、电话抽检、定期回访等工作机制，经费结算时应要求残疾儿童监护人提供原始康复服务档案资料，确保转介异地的残疾儿童康复时间、内容、效果落实。

第二十四条 定点机构必须按照《江苏省残疾儿童基本康复服务实施规范（2023年版）》要求的残疾儿童人均建筑面积、师生（医患）比例确定每日最大康复服务人数，按比例接收残疾儿童；优先保障南京市残疾儿童康复需求，向市残联和所辖区残联主动报备异地转入的残疾儿童人数；不得拒绝服务对象只进行基本康复项目的服务要求。

第二十五条 定点机构应按要求建立残疾儿童康复服务档案，填写《江苏省残疾儿童基本康复服务登记表》（附件2），并在中国残联残疾儿童康复救助系统、江苏省“智慧残联”残疾儿童康复机构运行系统和南京市阳光惠民系统中录入相关服务数据。

第五章 服务管理

第二十六条 定点机构由区级以上残联按照省市残疾儿童基本康复服务管理有关规定，通过政府购买助残服务形式确定。

第二十七条 市、区残联应对定点机构内康复服务实施全流

程监管，将所有残疾儿童基本康复服务时间、内容、效果纳入到对定点机构的年度评估中，不区分本地和异地转入的残疾儿童。

第二十八条 定点机构性质、法人代表、执业地点、执业范围、业务项目发生变动，应向所辖区残联报备，并在变动之日起1个月内接受重新评估。

第六章 绩效管理

第二十九条 定点机构基本康复服务按照财政资金绩效考核有关规定开展绩效管理。绩效考核由市残联通过购买服务的方式委托第三方实施，考核结果作为今后承接主体选择、预算安排及政策调整的重要依据。对年度绩效考核不合格的定点机构责令其限期整改，整改不到位的，取消定点机构资格。

第三十条 教育、卫健、民政等有关职能部门应履行主管职责，指导并协助区级残联共同做好定点机构的监督管理和安全稳定工作，做到有诉必查，查实必办。区残联每年对辖区内定点机构进行年度绩效跟踪；不定期随访辖区在训儿童监护人，并做好随访记录。康复机构成立家长委员会参与机构管理，有效监督机构的服务质量和内部管理。

第三十一条 定点机构建立健全全员安全责任体系、突发事件应急管理预案和安全风险辨识分级管控管理制度等。防火、防水、防盗等设施设备齐备，并建有微型消防站，全员消防设

施设备操作熟练，每年进行安全教育培训和消防逃生演练。在共有建筑内的定点机构与招租方、物业公司签订消防安全管理三方协议，并各司其责。如遇突发事件在紧急处理的同时，应及时向主管部门或有关职能部门报告，并有完整的过程资料和应急处理记录。

第三十二条 残疾儿童康复训练评估、家长培训及家庭康复指导档案完备，包含文字、图片、音像和视频资料，机构需建立数字档案；设立专门的档案室，明确专人保管。在训儿童康复档案、与家长签订的康复协议至少保存 10 年，严防残疾儿童个人信息泄露。

第三十三条 邀请境外（香港、澳门、台湾）和外籍专家来宁培训、讲学或合作的，应向主管区残联报备，接受市公安局境外非政府组织管理办公室的督查监管，切实扛起意识形态工作与管理主体责任，杜绝各类违法违纪现象的发生。

第三十四条 因歇业、解散、被撤销或者其他原因暂停或终止服务的，主管部门应当督导定点机构妥善转介残疾儿童，妥善处理剩余康复救助经费，确保儿童康复训练不中断，最大限度保障残疾儿童合法权益。

第七章 违规处理

第三十五条 不执行本实施细则，不按合同要求，自行降低服务标准的定点机构，由区级以上残联给予书面告诫，督促其改

正；情节严重的予以通报批评；两次告诫或通报批评后仍不改正的，或发生严重安全及重大责任事故的，解除服务合同，取消定点机构资格。

第三十六条 对弄虚作假、以开具假证明、假服务记录、假票据、擅自变更训练地点等套取政府救助资金的，由区级以上残联责令限期整改，退回套取资金，并视情解除服务合同，取消定点机构资格；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第八章 附则

第三十七条 本实施细则由市残联负责解释。

第三十八条 本实施细则自 2024 年 11 月 1 日起施行，凡与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

第三十九条 本实施细则自实施之日起《南京市残疾儿童基本康复服务管理实施细则》（宁残规字〔2020〕2号）同时废止。

- 附件：1. 《江苏省残疾儿童基本康复服务申请表》
2. 《江苏省残疾儿童基本康复服务登记表》

附件 1

江苏省残疾儿童基本康复服务申请表

儿童姓名		性别		出生时间		民族	
身份证号							
监护人姓名				与被监护人关系			
监护人身份证号							
户籍地址							
常住地址	□同上 □其他：						
监护人联系方式							
申请救助儿童功能障碍基本情况（按实际情况选填）	经_____（专业医疗机构）诊断为：（ <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 肢体）功能障碍、 <input type="checkbox"/> 孤独症谱系障碍。次要障碍为_____。						
	经监护人申请，按照国家《残疾人残疾分类和分级》标准，评定为_____残疾人，残疾等级___级。						
监护人申请	<p>我的被监护人_____基本情况如上，确认属实。现申请以下类别康复服务：</p> <p><input type="checkbox"/>视力康复服务 <input type="checkbox"/>听力康复服务 <input type="checkbox"/>言语康复服务</p> <p><input type="checkbox"/>肢体（脑瘫）康复服务 <input type="checkbox"/>智力康复服务 <input type="checkbox"/>孤独症康复服务</p> <p>康复服务形式： <input type="checkbox"/>全日制 <input type="checkbox"/>非全日制</p> <p><input type="checkbox"/>其他（请注明）_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">监护人（签名）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
※以上各栏由申请人填写。遇“□”时请选择项打“√”。							

<p>县（市、区） 残联审核意见</p>	<p style="text-align: right;">（盖 章） 年 月 日</p>
<p>残疾儿童及 监护人户籍 证明（身份 证）资料、 医学诊断证 明（残疾评 定表、残疾 人证）</p>	<p style="text-align: center;">审核书证材料（复印件）粘贴处</p>

※此表填写后由县（市、区）残联存档备查。

附件 2

江苏省残疾儿童基本康复服务登记表

儿童姓名		性别		出生时间		民族	
身份证号							
监护人姓名				与被监护人关系			
监护人身份证号							
户籍地址							
常住地址	□同上 □其他:						
监护人联系方式							
受助儿童功能障碍基本情况 (按实际情况选填)	经_____ (专业医疗机构) 诊断为: (□视力 □听力 □言语 □智力 □肢体) 功能障碍、□孤独症谱系障碍。次要障碍为_____。						
	经监护人申请, 按照国家《残疾人残疾分类和分级》标准, 评定为 _____ 残疾人, 残疾等级____级。						
康复服务类别、形式、时间和救助金额	<p>康复服务类别:</p> <p>□视力康复服务 □听力康复服务 □言语康复服务</p> <p>□肢体(脑瘫)康复服务 □智力康复服务 □孤独症康复服务</p> <p>康复服务形式: □全日制 □非全日制</p> <p>康复训练时间: _____年____月____日——_____年____月____日</p> <p>康复救助金额: _____元</p> <p style="text-align: right;">康复机构(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

康复服务记录
和有效票据
粘贴处
(可附页)

※此表由残疾儿童康复服务机构填写，一式两份，一份作为康复档案台账，一份报县（市、区）残联经费结算用。