

# 南昌市残疾人联合会 南昌市财政局

洪残联字（2023）85号

## 关于印发《南昌市0-7岁残疾儿童康复训练 陪护补助办法》的通知

各县区（开发区、湾里管理局）残联（社发局、社会办），  
财政局：

为进一步规范0-7岁残疾儿童康复训练陪护补助发放工作，严格落实康复训练考勤制度，提高资金使用效率，市残联、市财政局联合制定了《南昌市0-7岁残疾儿童康复训练陪护补助办法》，现印发给你们，请认真贯彻落实。

南昌市残疾人联合会

南昌市财政局

2023年10月31日

# 南昌市 0-7 岁残疾儿童康复训练陪护 补助办法

根据《中华人民共和国残疾人保障法》、《中共中央国务院关于促进残疾人事业发展的意见》、《南昌市人民政府关于印发南昌市“十四五”残疾人保障和发展规划的通知》等省市有关文件精神，为保障我市残疾儿童康复权利，解决残疾儿童家庭实际困难，着力满足残疾人基本康复需求，提升康复服务质量，结合我市实际，制定本补助办法。

## 一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导、深入学习贯彻习近平总书记关于特殊儿童群体关爱服务工作的重要指示精神，贯彻落实党的二十大精神，紧密联系实际，稳定康复经费投入，增强康复服务能力，提高康复服务水平，让残疾人的获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续。

## 二、补助范围

具有南昌市户籍，在我市准入协议管理残疾儿童康复服务机构（需在全国残联信息化服务平台内完成备案）接受康复训练的 0-7 周岁残疾儿童。

## 三、补助标准

每人每年最高补助 10 个月，每月最高补助 400 元，按实际训练月数予以补助，最高补助 4000 元。月训练时间满 22 天的，给予补助 400 元。月训练时间满足 10 天但不足 22

天的，按照每天 18.2 元（400/22）给予补助。月训练时间不满 10 天，不予补助。

#### 四、补助程序

**（一）申请。**由残疾儿童家长每季度向儿童户籍所在地的县区（开发区、湾里管理局）残联（社发局、社会办）（以下简称各县区残联）提出申请，申请所需材料如下：

1. 《南昌市 0-7 岁残疾儿童康复训练陪护补助申请表》（需经机构和相关县区残联盖章确认）；（见附件 1）
2. 疾病诊断证明或《中华人民共和国残疾人证》复印件；
3. 残疾儿童户口簿复印件；
4. 残疾儿童医保卡（惠民惠农“一卡通”）账号复印件；
5. 考勤表及残疾儿童康复训练考勤汇总表（机构盖章、监护人签字）；

**（二）审核。**由县区残联对上报的材料进行审查核实，并于一个月内进行公示，公示期不少于 5 个工作日。

**（三）审批。**县区残联公示期满后填报《南昌市 0-7 岁残疾儿童康复训练陪护补助花名册》（见附件 2）并向同级财政申请拨付资金。

**（四）拨付。**各县区残联向同级财政提出资金拨付申请，并于每季度末将上一个季度的补助资金拨付到残疾儿童医保卡（惠民惠农“一卡通”）账号。

#### 五、经费来源

根据《关于贯彻落实〈江西省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法〉的通知》（洪残联字〔2022〕105 号），按照财权与事权相统一原则，各县区（不含开发区）所需资金

由同级财政部门承担，开发区所需资金由市本级财政承担。

## 六、有关要求

**（一）强化协作，相互配合。**残联和财政部门要紧密配通力协作，要建立协商机制。对本项目实施过程中出现的问题，要共同研究、及时解决。

**（二）力求规范，信息公开。**各县区残联要落实工作要求，严格按照上述材料要素进行申报，收集陪护补助申报材料时确保规范齐全。按照“信息公开、只跑一次”的原则，将有关要求及时传达至残疾儿童及家长，最大限度为残疾儿童及家长办事提供便利。

**（三）严格审核，加强监管。**各县区残联要加强对准入康复机构的监管和业务指导，定期对机构考勤进行统计，统计结果作为残疾儿童申报补助的重要依据。严禁代打、伪造、虚报考勤等行为，如有弄虚作假，将取消受助对象当年度陪护补助及康复机构的年度评优资格，确保政府资金规范使用和管理。

## 七、执行日期

本办法实施过程中遇到的有关问题，由市残联负责解释。

本办法自印发之日起执行，原《关于印发〈南昌市0-7岁残疾儿童康复训练陪护补助办法〉的通知》（洪残联字〔2016〕180号）文件即行废止。本办法印发当年为过渡期，过渡期内残疾儿童陪护补助发放有关问题，按照本办法执行。

附件 1:

## 南昌市 0-7 岁残疾儿童康复训练陪护补助申请表

儿童姓名		性别		民族		出生年月	
家庭住址			邮政编码		联系电话		
残疾类型	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 孤独症						
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城镇、农村低保家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭或经济困难家庭			户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户		
在训机构				机构在训起止时间			
补贴月数			补贴合计 (元)				
监护人申请	残疾儿童相片 粘贴处		申请人： 年 月 日				
所在机构签章	负责人： 公章 年 月 日						
县区（开发区、湾里管理局） 残联审核	审核人： 公章 年 月 日						

