

三明市残疾人联合会 三明市财政局文件 三明市卫生健康委员会

明残联〔2025〕31号

三明市残疾人联合会等三部门关于调整 《三明市残疾儿童康复救助服务协议管理机构及 康复救助对象扶助办法》的通知

各县（市、区）残联、财政局、卫健局，市直有关单位：

现将调整后的《三明市残疾儿童康复救助服务协议管理机构及康复救助对象扶助办法》印发给你们，请抓好贯彻落实。

三明市残疾人联合会



三明市财政局



三明市卫生健康委员会

2025年12月24日



三明市残疾儿童康复救助服务协议管理机构 及康复救助对象扶助办法

为保持我市残疾儿童康复救助服务协议管理机构及康复救助对象扶助政策的连续性，根据《福建省人民政府关于印发〈福建省残疾儿童康复救助办法〉的通知》（闽政〔2018〕18号）、《福建省残疾人联合会 福建省财政厅 福建省卫生健康委员会关于调整我省残疾儿童康复救助补助政策的通知》（闽残联康复〔2020〕70号）及省残联、省卫健委《关于规范〈福建省残疾儿童康复救助办法〉非持证残疾儿童评定和医学诊断工作的通知》（闽残联康复〔2020〕74号）等文件精神，结合我市残疾儿童康复训练实际情况，特调整《三明市残疾儿童康复救助服务协议管理机构及康复救助对象扶助办法》如下：

一、残疾儿童康复救助叠加补助

（一）对象条件：残疾儿童康复救助对象应具有本市户籍或居住证，并符合《福建省人民政府关于印发〈福建省残疾儿童康复救助办法〉的通知》（闽政〔2018〕18号）、《福建省残疾人联合会 福建省财政厅 福建省卫生健康委员会关于调整我省残疾儿童康复救助补助政策的通知》（闽残联康复〔2020〕70号）和省残联、省卫健委《关于规范〈福建省残疾儿童康复救助办法〉非持证残疾儿童评定和医学诊断工作的通知》（闽残联康复〔2020〕74号）规定的条件。

（二）叠加补助标准：在残疾儿童康复救助服务协议管理机构接受康复训练的残疾儿童，在享受省级残疾儿童康复服务补助政策的基础上，每人每年给予康复训练叠加补助 2000 元。即 0-17

岁残疾儿童康复服务补助标准为每人每年不超过 19000 元，每月不超过 1900 元；贫困残疾儿童康复服务补助标准为每人每年不超过 22000 元，每月不超过 2200 元。

（三）叠加补助资金支出比例：三元区按市级财政承担 45%，区级财政承担 55%；其余县（市、区）按市级财政承担 40%，县级财政承担 60%的比例支出项目资金。

二、残疾儿童康复机构扶持

（一）机构条件：指经政府有关部门批准，依法在三明市辖区内登记注册，按程序已纳入三明市残疾儿童康复救助服务协议管理的民办机构。

（二）扶持办法：对入驻由市政府和市残联出资兴建或所有的残疾人服务场地的民办残疾儿童康复救助服务协议管理机构，免收场地租金。县级可以参照市级扶持办法，也可以结合本地实际另行出台相关政策扶持民办残疾儿童康复救助服务协议管理机构发展。

三、项目申报与管理

（一）本办法实施所需资金纳入市、县两级残疾人就业保障金支出预算。

（二）市残联负责做好政策宣传、服务跟踪管理、使用资金审核等工作；市财政局负责做好项目资金预算、资金使用绩效评估及资金下拨等工作；市卫健委负责督促符合条件的医院、医师规范做好残疾儿童和非持证残疾儿童的评定和医学诊断工作，并定期对诊断医院的诊断工作质量进行评估。县（市、区）残联、财政局负责本级财政资金预算及服务跟踪等工作。

（三）各县（市、区）残联要协同教育、卫健、民政等部门，

加强对所属机构进行绩效评估、业务指导和服务跟踪，对达不到服务机构建设标准、违反服务操作要求、违反专项经费管理规定或虚报、冒领、挪用补助经费的，经查实后，立即取消扶持资格，追回补助经费，情节严重的移交相关部门进行查处。

（四）项目补助工作坚持公平、公正、公开原则，主动接受社会监督。扶持经费的使用管理自觉接受财政、审计、纪检、监察等部门检查。

本办法自 2026 年 1 月 1 日开始实施，2030 年 12 月 31 日终止。由市残联、市财政局、市卫健委按职责分工负责解释。

三明市残联、市财政局、市卫健委《关于调整〈三明市残疾儿童康复机构和残疾人托养服务机构及其康复、托养对象扶助办法〉的通知》（明残联〔2020〕28 号）文件同时废止。

- 附件：1. 三明市残疾儿童康复救助服务补助审批表
2. 三明市残疾儿童康复救助服务补助资金发放汇总表
3. 三明市残疾儿童康复救助服务补助资金决算表

附件 1

三明市残疾儿童康复救助服务补助审批表

儿童姓名		性别		出生日期		二寸照片
身份证号			康复机构			
详细住址						
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神（孤独症） *多重残疾可多选					
残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级（未持残疾人证） *多重残疾按最重类别选					
诊断医院						
家庭经济情况	<input type="checkbox"/> 一般户 <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 儿童福利机构收留抚养人员 <input type="checkbox"/> 残疾孤儿 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 其他经济困难					
监护人基本情况	姓 名			联系电话		
	与儿童关系			身份证号码		
县（市、区）残联审核意见： 经办人：_____ 年 月 日						
康复补助核销情况	银行账号及持卡人					
	康复训练起止时间			核销康复训练费用（万元）		
县（市、区）残联审批意见： 审批人：_____ 经办人：_____ 年 月 日						
备注						

附件 2

三明市____县(市、区)残疾儿童康复救助服务补助资金发放汇总表

填报单位:

单位: 万元

填报时间:

年 月 日

序号	儿童姓名	性别	身份证号	残疾状况	监护人姓名	联系电话	家庭地址	康复机构	康复起止时间	持卡人姓名	开户银行	帐号	补助金额				
													1. 省级	2. 市级	3. 县级	合计	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
合计																	

附件 3

____年度三明市残疾儿童康复救助服务补助资金决算表

____县(市、区)残联____财政局(盖章) 单位:人、万元 填报日期:____年____月____日

县 别	核定康复 服务补助 总人数	其中: 贫 困人数	1. 省级以 上财政补 助资金	市、县两级财政叠加资金 (2000 元)			3. 县级财政配 套补助资金	总补助资金 (1+2+3)
				市级	县级	2. 小计		
三元区								
沙县区								
永安市								
明溪县								
清流县								
宁化县								
建宁县								
泰宁县								
将乐县								
尤溪县								
大田县								
合 计								

