湖 北 省 财 政 厅 文件

湖 北 省 残 疾 人 联 合 会

鄂残联发〔2021〕12 号



关于印发《残疾儿童康复救助家庭生活补助 实施方案》的通知

各市(州) 、县(市、区) 残联、财政局：

为深入贯彻落实习近平总书记关于完善覆盖全民的社 会保障体系的重要讲话精神，进一步做好残疾儿童康复救助 工作，根据《残疾预防和残疾人康复条例》《湖北省残疾儿 童康复救助制度》等文件精神，结合我省实际，现制定湖北 省残疾儿童康复救助家庭生活补助实施方案。

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，深入贯 彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神， 进一步完善我省残疾人社会保障体系，切实提高残疾儿童康 复救助保障水平，着力保障残疾儿童家庭权益，不断提高残

疾儿童家庭幸福感、获得感、安全感，共享改革发展成果。

二、基本原则

坚持应保尽保、应得尽得。各级残联组织要充分认识做 好此项工作的重要意义，按照自愿原则，在全面摸底和充分 论证的基础上，坚持应补尽补，全面覆盖，确保残疾儿童家 庭生活补助落实到位，着力减轻残疾儿童家庭生活负担。

坚持规范有序、公开公正。建立科学规范、便民高效的 申请、审核、补助发放机制，主动接受群众和社会监督，加 强绩效考评，切实做到公开透明、客观公正。

三、主要内容

(一) 补助对象。全省享受湖北省残疾儿童康复救助制 度，在定点康复训练机构训练的 0-6 岁残疾儿童家庭。

(二)补助标准。残疾儿童家庭生活补助标准为每月 500 元，每年补助 10 个月(不足 10 个月的按实际训练时长计算)。

(三 ) 补助形式。残疾儿童家庭生活补助按当年实际训 练时长给予发放，采取 “一卡通”形式通过金融机构转账存 入残疾儿童法定监护人账户。

四、补助流程

(一) 自愿申请。本着自愿原则，符合条件的残疾儿童 法定监护人携带残疾儿童户口本、法定监护人身份证明、《湖 北省残疾儿童康复救助家庭生活补助申请审批表 (样表) 》 到户籍所在地的县级残联提出申请。

(二) 审核确定。县级残联对残疾儿童家庭提交的当年

的残疾儿童康复训练档案、《湖北省残疾儿童康复救助家庭 生活补助申请审批表 (样表) 》《湖北省残疾儿童康复救助项 目申请审批表 (样表) 》进行审核，确定受助对象及补助金额。

(三 ) 补助实施。县级财政部门按照县级残联审核确定 的享受补贴的残疾儿童家庭花名册，将资金通过金融机构转 账存入残疾儿童法定监护人账户。

四、工作要求

(一) 加强组织领导。残联组织要充分认识实施残疾儿 童家庭生活补助的重要意义，切实履行职责，做好补助资格 审定、监督管理等工作。财政部门要做好资金保障，所需资 金由省与脱贫县、一般县按 6:4、5:5 比例分担，本级今年 所需资金由财政一次性追加安排，以后年度纳入预算，确保 残疾儿童家庭生活补助顺利实施。

(二) 加强监督管理。按照“谁主管、谁使用、谁审核、 谁负责”原则，明确残疾儿童家庭生活补助资金管理责任。 残联部门负责补助资金申报资料的真实性审核；财政部门负 责程序合规性审核，并根据残联部门的审核结果及时拨付资 金。各级残联部门要建立发放使用情况台账，定期向社会公 示，接受社会监督。审计、监察部门要加强监督检查，防止 出现挤占、挪用、套取等违法违规现象。各级残联部门要定 期开展残疾儿童家庭生活补助工作绩效评估并将评估结果 以适当方式向社会公开，接受社会监督。要及时处理残疾儿 童家庭及其他群众的投诉建议，不断完善相关政策措施，切

实维护残疾儿童的合法权益。

(三 ) 加强政策宣传。各地要全面掌握残疾儿童家庭生 活补助的相关内容，正确开展此项工作；要充分利用多种媒 介加强工作宣传，采用灵活多样的形式进行政策解读，营造

良好舆论氛围；要确保残疾儿童家庭知晓政策内容， 了解申 领程序和要求；要及时做好政策解释工作，优化工作流程， 协助残疾儿童家庭便捷办理相关手续等。

残疾儿童家庭生活补助自 2021 年 1 月 1 日起全面实施， 补发工作要在今年 6 月底前完成。各地应制定本地实施办法， 尽快开展申报、审核、审定等工作，确保残疾儿童家庭生活 补助资金足额发放到符合条件的残疾儿童家庭手中。

附件：1.湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助申请审 批表 (样表)

2.湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助汇总表

湖 北 省 财 政 厅

湖北省残疾人联合会

2021 年 6 月 17 日

附件 1

湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助 申请审批表(样表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿 童 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 | 年 月 |
| 儿童身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 |  | 与 儿 童 关 系 |  |
| 监护人身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话 |  | 儿童户籍所在地 | 县/市/区 |
| 申请救助项目 | □听力言语康复训练项目□孤独症康复训练项目 | □肢体康复训练项目□智力康复救助项目 |
| 康复训练所在 定点机构名称 |  |
| 康复训练时长 | 2021 年 月至 月，共计 个月 |
| 监护人银行卡号 |  |
| 定点机构意见 | 公 章 年 月 日 |
| 监护人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 残 联审批意见 | 审核人：公章年 月 日 |

说明：本表一式三份，由县级残联、定点机构及残疾儿童家庭各存一份。

— 6 —

附件 2

湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助情况汇总表

( ) 年度

县市区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 儿童姓名 | 身份证号 | 定点康复 训练机构名称 | 康复训 练时长 | 补助 金额 | 监护人 姓名 | 与残疾儿 童关系 | 银行卡号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表日期： 年 月

填表人：