|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2025年 乡镇辅具需求调查汇总表 | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 残疾证号（或儿童身份证号） | 年龄 | 残疾类别 | 残疾等级 | 联系电话 | 家庭住址 | 辅具名称 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  残疾人基本型辅助器具适配目录（成人） | | | | | | | | | |
| 序号 | 残疾类别 | 辅具类别 | 辅具名称 | 单位 | 使用年限 | 主要使用人群 | 适用对象 | 说明 | 是否需要评估 |
| 1 | 肢体残疾  肢体残疾 | 个人生活自理及防护护理类 | 坐便椅 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 有移动困难，轻度辅助或独立坐位可保持坐姿的肢体功能障碍者。 |  | 否 |
| 2 | 洗浴椅/凳 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 有移位困难和跌倒风险的肢体功能障碍者。 |  | 否 |
| 3 | 床用桌 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 长期卧床的肢体功能障碍者。 |  | 否 |
| 4 | 防压疮座垫 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 长期乘坐轮椅，皮肤感觉功能减退或丧失，有压疮风险的，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 5 | 防压疮床垫 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 长期卧床，皮肤感觉功能减退或丧失，有压疮风险的，经评估需适配的重度肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 6 | 移动类辅具  移动类辅具 | 单脚手杖 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 7 | 肘拐 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 8 | 腋杖 | 副 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 9 | 三脚或多脚手杖 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 10 | 带座手杖 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 11 | 普通助行器 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力或平衡能力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者。 |  | 是 |
| 12 | 普通轮椅 | 辆 | 3 | 肢体残疾人 | 上肢功能正常，身体移动障碍较轻，经评估需适配的肢体功能障碍者。 | 残疾等级为一或二级 | 是 |
| 13 | 护理轮椅 | 辆 | 3 | 肢体残疾人 | 提供躯干支撑以保持坐姿及体位变化，经评估需适配的肢体功能障碍者。 | 是 |
| 14 | 功能轮椅 | 辆 | 3 | 肢体残疾人 | 对变化体位、转移位置、调整扶手和脚踏高度等有要求的，经评估需适配的肢体功能障碍者。 | 是 |
| 15 | 运动式生活轮椅 | 辆 | 4 | 肢体残疾人 | 上肢臂力较好能够自行驱动轮椅，身体控制能力强，经评估需适配的肢体功能障碍者。 | 是 |
| 16 | 高靠背轮椅 | 辆 | 3 | 肢体残疾人 | 提供躯干支撑以保持坐姿和体位变化，经评估需适配的肢体功能障碍者。 | 是 |
| 17 | 视力残疾 | 沟通和信息管理类 | 电子导航盲杖 | 个 | 2 | 视力残疾人 | 经评估需适配的视力功能障碍者 |  | 是 |
| 18 | 普通盲杖 | 个 | 1 | 视力残疾人 | 视力功能障碍者 |  | 否 |
| 19 | 手持式放大镜 | 个 | 3 | 视力残疾人 | 视力功能障碍者 |  | 否 |
| 20 | 眼镜式助视器 | 个 | 2 | 视力残疾人 | 经评估需适配的视力功能障碍者 |  | 是 |
| 21 | 手持式电子助视器 | 个 | 2 | 视力残疾人 | 经评估需适配的视力功能障碍者 |  | 是 |
| 22 | 听书机 | 个 | 2 | 视力残疾人 | 视力功能障碍者 |  | 否 |
| 23 | 盲用手表 | 个 | 3 | 视力残疾人 | 视力功能障碍者 |  | 否 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  0-14周岁残疾儿童辅具、矫形器适配目录 | | | | | | | |
| 序号 | 辅具类别 | 名称 | 单位 | 使用年限 | 主要使用人群 | 适用对象 | 备注 |
| 1 | 儿童辅助器具  儿童辅助器具  儿童辅助器具 | 儿童轮椅 | 台 | 2 | 肢体残疾人 | 供行动困难的残疾、体弱儿童作代步工具。 |  |
| 2 | 股四头肌训练椅 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 经评估需要进行股四头肌训练的肢体功能障碍者 |  |
| 3 | 髋关节训练器 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 髋关节肌力不足，经评估需要进行髋关节功能训练的肢体功能障碍者 |  |
| 4 | 肢体康复训练器 | 台 | 2 | 肢体残疾人 | 下肢肌力不足，经评估需要进行下肢功能训练的肢体功能障碍者 |  |
| 5 | 单侧助行器 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者 |  |
| 6 | 普通助行器 | 个 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢肌力或平衡能力减弱，经评估需要进行下肢功能训练的肢体功能障碍者 |  |
| 7 | 前臂支撑台式助行器 | 个 | 2 | 肢体残疾人 | 双手抓握能力差，下肢肌力或平衡能力减弱，经评估需适配的肢体功能障碍者 |  |
| 8 | 平衡踩踏车 | 台 | 2 | 肢体残疾人 | 经评估需要进行平衡及协调性训练的肢体功能障碍者 |  |
| 9 | 儿童平衡板 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 经评估需要进行平衡训练的功能障碍者 |  |
| 10 | 儿童保护头盔 | 个 | 3 | 肢体残疾人 | 站立不稳，容易摔跤，经评估需要佩戴头盔的肢体残疾儿童 |  |
| 11 | 儿童坐姿椅 | 件 | 2 | 肢体残疾人 | 因姿势异常难以保持姿势控制，经评估需要适配的残疾儿童 |  |
| 12 | 儿童肢体康复器 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 下肢肌力不足，经评估需要进行下肢功能训练的肢体功能障碍者 |  |
| 13 | 上肢推举训练器 | 台 | 2 | 肢体残疾人 | 经评估需要进行上肢关节活动度训练的肢体功能障碍者 |  |
| 14 | 梯背架 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 下肢肌力不足，经评估需要站立训练、平衡功能训练的肢体功能障碍者 |  |
| 15 | 液压踏步机 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 经过评估需要进行下肢关节活动度和肌力训练的功能障碍者 |  |
| 16 | 平躺式儿童站立架 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 站立困难或可辅助站立，经评估需适配的肢体功能障碍者 |  |
| 17 | 前倾式儿童站立架 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 站立困难或可辅助站立，经评估需适配的肢体功能障碍者 |  |
| 18 | 直立式儿童站立架 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 站立困难或可辅助站立，经评估需适配的肢体功能障碍者 |  |
| 19 | 儿童坐便器 | 台 | 3 | 肢体残疾人 | 有移动困难，轻度辅助或独立坐位可保持坐姿的肢体功能障碍者 |  |
| 20 | 楔形垫 | 个 | 2 | 肢体残疾人 | 适用于头部、躯干控制能力差的儿童卧位功能、综合基本功能、关节活动度、肌肉松弛训练。 |  |
| 21 | 沙袋（绑式） | 个 | 2 | 肢体残疾人 | 适用于儿童肌力训练 |  |
| 22 | 按摩大龙球 | 个 | 2 | 肢体残疾人 | 适用于触觉反应过分敏感或迟钝的儿童，有助于促进前庭体系，本体感觉和平衡反应的发展，是测试儿童前庭平衡能力和重力感的工具。 |  |
| 23 | 羊角球 | 个 | 2 | 肢体残疾人 | 适用于儿童进行感知和认知功能训练。 |  |
| 24 | 插板（木插板） | 套 | 3 | 肢体残疾人 | 经评估需要进行感觉统合训练的肢体功能障碍者 |  |
| 25 | 生活自助餐具（套）包含：防洒碗、防漏水杯、记忆餐勺。 | 套 | 3 | 肢体残疾人 | 有效防止儿童用餐时溢出，满足儿童各种进食姿势 |  |
| 26 | 手功能训练箱 | 套 | 3 | 肢体残疾人 | 适用于眼、手协调功能训练。 |  |
| 27 | 分指板 | 件 | 3 | 肢体残疾人 | 防止和矫正手指屈肌痉挛或挛缩畸形。 |  |
| 28 | 上肢矫形器（含装配） | 上肢矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 上肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 29 | 脊柱矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 颈、胸、腰、骶损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 30 | 下肢矫形器（含装配） | 足矫形器 | 双 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 31 | 矫形鞋 | 双 | 1 | 肢体残疾人 | 扁平足、高弓足、马蹄内翻足、糖尿病足等足部疾患或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者。 |  |
| 32 | 矫形鞋垫 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 扁平足、高弓足、马蹄内翻足、糖尿病足等足部疾患或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者。 |  |
| 33 | 踝足矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 34 | 膝矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 35 | 膝踝足矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |
| 36 | 髋矫形器 | 例 | 1 | 肢体残疾人 | 下肢神经、肌肉与骨骼系统损伤或畸形，经评估适合装配的肢体功能障碍者 |  |

附件4

安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | | 残疾  类别 | | | 视力□　听力□　肢体□　智力□　精神□（多 重 残 疾 可多 选） | | | | | | | | | | 残疾  等级 | | | 一级□　 二级□  三级□　 四级□  未定级□ | | | | | |
| 残疾人证/身份证号 |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 性 别 |  | | | | 家庭地址 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申请适配辅具  项目 | 序号 | 辅具名称及型号 | | | | | | | | 数量 | | | 补贴金额（元） | | | | 自费金额（元） | | | 申请（代理）人签字 | | | | | |
| 1 |  | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | 年 月 日 | | | | | |
| 2 |  | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 3 |  | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 乡镇(街道)残联初审意见 | 审核人意见： 同意申请。  签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县(市、区)残联复审意见 | 审核人意见：  同意申请。  签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5

肢体辅具评估适配表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | 男□ 女□ | 出生日期 |  |
| 既往辅具名称 |  | | | | |
| 既往辅具  使用情况 |  | | | | |
| 目前存在的  主要问题 |  | | | | |
| 残疾人（包括监护人）对辅具的需求 |  | | | | |
| 技术组  评估意见 | 辅具  矫形器 □踝足矫形器 □膝踝足矫形器 □矫形鞋  □脊柱矫形器 □手部矫形器  假肢 □大腿假肢 □小腿假肢 □手部假肢 | | | | |
| 适配功能目标 |  | | | | |
| 本人或监护人（签字）： 技术组（签字）：  年 月 日 | | | | | |

附件6

视力辅具评估适配表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | □男 □女 | 出生日期 |  |
| 医疗机构  诊断结果 | □遗传、先天异常或发育障碍 □白内障（术前/术后） □青光眼（术前/术后） □屈光不正 □黄斑部病变（术前/术后） □角膜浑浊 □视神经病变 □脑外伤 □眼外伤  □视网膜色素膜病变 □视网膜脱离（术前/术后） □弱视 □外伤 □中毒 □眼球震颤 □ 其他： | | | | | |
| 需求评估 |  | | | | | |
| 目前使用  助视器情况 | □无 □有，名称 | | | | | |
| 视功能评估 | （包括远近视力、最佳矫正视力、屈光度数、中心视野检查、对比敏感度等） | | | | | |
| 其他评估 | （包括阅读能力测试、定向行走测试等） | | | | | |
| 适配建议 | 辅具名称 |  | | | | |
| 适配目的 |  | | | | |
| 评估人： 日期： | | | | | | |