



重庆市民政局 关于印发《重庆市“福康工程”项目 实施细则（修订）》的通知

渝民〔2022〕174号

各区县（自治县）民政局，两江新区社会保障局、西部科学城重庆高新区公共服务局、万盛经开区民政局，直属有关单位、机关相关处室：

《重庆市“福康工程”项目实施细则（修订）》已经局党组2022年第40次会议审议通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

重庆市民政局

2022年8月23日

（此件公开）

重庆市“福康工程”项目实施细则

(修 订)

第一章 总 则

第一条 为认真贯彻落实习近平总书记关于民政工作的重要指示精神，巩固脱贫攻坚成果，助力乡村振兴，提升残疾人福利保障水平，根据《民政部关于巩固拓展民政领域脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》（民发〔2021〕16号）、《民政部办公厅关于调整“福康工程”项目实施工作的通知》（民办函〔2021〕45号）和《重庆市彩票公益金管理办法》规定和要求，结合我市实际，制定本细则。

第二条 “福康工程”项目坚持“以民为本、为民解困、为民服务”的工作宗旨。

第三条 “福康工程”项目由市民政局组织实施，采用政府购买服务方式确定定点医疗机构和假肢矫形器辅具配置定点机构，并与其签订服务协议，明确手术矫治、康复预期疗效和康复辅助器具配置的服务质量要求。区县（自治县）民政部门协助实施。

第二章 项目对象和服务内容

第四条 “福康工程”项目服务对象为具有重庆市户籍的低保对象、特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低保边缘家庭、脱贫不稳定户、边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户中的残疾人，以及公办社会福利机构。

第五条 “福康工程”项目服务内容包括：为服务对象配置假肢、矫形器、轮椅、拐杖、助行器、护理床等康复辅助器具；为具有手术适应症的肢体（脊柱除外）畸形患者进行手术矫治，并进行康复训练。具体标准为：

（一）康复辅具配置费。订假体肢矫形器的费用（含假肢矫形器零部件辅料及装配费）先由基本医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城乡居民合作基本医疗保险）结算，扣除医保报销及大病保险、医疗救助、慈善捐助后，每具大腿假肢资助配置费不超过 2.6 万元，每具小腿假肢资助配置费不超过 1.3 万元，其他部位假肢每具资助配置费不超过 2.6 万元，矫形器每具资助配置费不超过 3000 元。轮椅、拐杖、助行器、护理床等其他类康复辅助器具产品应符合国家有关质量标准，由假肢矫形器辅具配置定点机构按相关规定采购。

（二）医疗费。服务对象住院手术及康复的费用包括筛查费、

诊疗费、手术费、康复费、药品费、住院服务等，不包括患者的营养费、伙食费及陪护费。医疗费先由基本医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城乡居民合作基本医疗保险）结算，扣除医保报销及大病保险、医疗救助、慈善捐助后，每名患者资助医疗费不超过3万元。

（三）城市间交通费。服务对象接受手术矫治、假肢矫形器配置和康复所发生的城市间交通费用包括普通客车座（限未通火车、轮船的区县到达市内指定地点）、火车硬席（硬座、硬卧）、高铁/动车二等座、全列软席列车二等软座、轮船三等舱。由定点医疗机构和假肢矫形器辅具配置定点机构按资助标准凭票垫付交通费，未按资助标准乘坐交通工具的，超支部分由服务对象承担。

上述费用在“福康工程”项目资金中列支，由定点医疗机构和假肢矫形器辅具配置定点机构按服务协议规定与市民政局据实结算。

第三章 项目管理

第六条 “福康工程”项目资金来源为一般公共预算资金、彩票公益金、慈善捐赠资金等。因客观原因在当年未能使用的“福康工程”项目结转结余资金使用管理按相关规定执行。

第七条 “福康工程”项目申请流程如下：

（一）申请。申请人自愿向居住地乡镇（街道）提出申请，并填写《“福康工程”项目申请审批表》（附件1），并提供申请人身份证复印件。残疾人的法定监护人，法定赡养、抚养、扶养义务人，所在村（居）民委员会或其他受托人可以代为办理申请事宜。有需求的公办残疾人福利机构向同级乡镇（街道）或民政部门提出申请，并填写《“福康工程”项目申请审批表》。

（二）审核。申请人居住地或申请机构所在乡镇（街道）在5个工作日内对申请人或机构情况进行初审，再将所有初审材料报居住地区县（自治县）民政部门。居住地区县（自治县）民政部门在10个工作日内商同级乡村振兴、残联等部门和单位对申请人或机构情况进行审核，符合要求的，由居住地区县（自治县）民政部门汇总后送假肢矫形器辅具配置定点机构；不符合要求的，应告知申请人或申请机构。

（三）筛查。由定点医疗机构和假肢矫形器辅具配置定点机构对居住地区县（自治县）民政部门上报的申请人开展手术矫治、各类康复辅助器具需求筛查，居住地区县（自治县）民政部门填写《“福康工程”手术康复患者筛查登记表》（附件2）、《“福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表》（附件3）、《“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表》（附件4），并配合做好

服务对象通知等工作。筛查工作每年至少开展一次，假肢矫形器辅具配置定点机构将符合要求的筛查结果(含定点医疗机构的筛查结果)汇总上报市民政局；不符合要求的，应告知申请人。

(四)审批。市民政局在收到假肢矫形器辅具配置定点机构筛查结果后的5个工作日内完成审批工作。

(五)实施。由定点医疗机构和假肢矫形器辅具配置定点机构按市民政局审批结果实施康复辅具配置、手术矫治、康复服务。居住地区县(自治县)民政部门配合做好康复辅助器具发放、手术矫治对象术前准备等工作。

第八条 各区县(自治县)民政部门应加强“福康工程”相关档案管理，及时完善《“福康工程”项目申请审批表》中后续内容，假肢矫形器辅具配置定点机构将《“福康工程”项目申请审批表》、《“福康工程”项目个人档案》等材料妥善存档。“福康工程”项目相关工作档案管理年限不低于10年。

第九条 各区县(自治县)民政部门应及时掌握本地区“福康工程”工作动态，加强宣传推广。

第四章 项目监督

第十条 市民政局根据服务协议和当年项目任务完成情况，适时进行评估验收。评估验收结果应作为确定和调整定点医疗机

构、定点假肢矩形器配置机构和其他康复辅助器具产品供应单位的重要依据，作为衡量相关单位和地区年度工作绩效的重要内容。

第十一条 在实施“福康工程”项目过程中，有下列情形之一的，严肃追究有关人员的责任，根据有关规定给予党纪政纪处分，涉嫌违法犯罪的，移送司法机关处理。

- (一) 弄虚作假的；
- (二) 不按流程办理的；
- (三) 刁难申请人（机构）、故意拖延办理的；
- (四) 泄露服务对象个人信息造成严重后果的。

第十二条 各级民政部门应主动公开“福康工程”项目政策，接受社会监督。

第十三条 市民政局将“福康工程”项目实施纳入对区县民政工作实绩考核。

第五章 附 则

第十四条 本细则由市民政局负责解释。

第十五条 本细则自下发之日起施行。2019年重庆市民政局发布的《重庆市“福康工程”项目实施细则》即行废止。

- 附件：1. “福康工程”项目申请审批表
2. “福康工程”手术康复患者筛查登记表
3. “福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表
4. “福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表
5. “福康工程”项目个人档案

附件 1

“福康工程”项目申请审批表

申请人姓名 (机构全称)			
身份证号	(机构不填此栏)	联系电话	(机构不填此栏)
居住地(机构 驻地)地址		户籍地址	
申请人(机构) 类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 脱贫不稳定户 <input type="checkbox"/> 孤儿和事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户 <input type="checkbox"/> 公办残疾人福利机构		
个人申请内容 (可多选)	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复 <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 护理床	机构申请类别及 数量(个人不填)	
委托人(机构 联系人)姓名		联系电话	
乡镇(街道) 审核意见	(盖章) 年 月 日		
区县民政部门 审核意见	(盖章) 年 月 日		
由定点医疗机 构或假肢矫形 器辅具配置定 点机构筛查情 况	<input type="checkbox"/> 符合手术康复条件 <input type="checkbox"/> 符合假肢矫形器配置条件 <input type="checkbox"/> 已填报康复辅具配发需求 <div style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</div>		
市民政局审批 意见	(盖章) 年 月 日		



附件 2

“福康工程”手术康复患者筛查登记表

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	现居住地	诊断	是否符合手术/ 康复	联系人及电话



附件 3

“福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	现居住地	诊断	是否符合假肢、矫形器配置	联系人及电话



附件 4

“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	现居住地	功能障碍情况	对康复辅助器具产品需求（轮椅、拐杖、助行器、护理床）	联系人及电话

附件 5

编号:

“福康工程”项目个人档案

(此表适用于“福康工程”手术康复、假肢矫形器配置)

患者姓名:

填报机构(定点机构):

填报日期: 年 月 日



重庆市民政局规范性文件

患者基本信息							
姓名		性别		民族		患者照片	
出生日期		身份证号					
住址							
个人情况	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 脱贫不稳定户 <input type="checkbox"/> 孤儿和事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户						
亲属或监护人姓名				联系电话			
病情诊断							
填报资助金额	定点机构名称						
	医疗费						
	手术诊疗	康复					小计
	假肢矫形器配置费						
	假肢	矫形器					小计
	扣除项目						
医保报销	大病保险	医疗救助	慈善捐助	其他		合计	
“福康工程”资助金额							
医疗费	假肢矫形器配置费					合计	
定点机构审核意见	<p>以上情况属实。</p> <p style="text-align: right;">审核人： (盖章)： 年 月 日</p>						
备注							

附：1. 患者医疗费、康复辅助器具配置费等票据；2. 患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等；3. 患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片。

1. 医疗费、康复辅助器具配置费等票据粘贴处



2. 患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等粘贴处



3. 患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片粘贴处