

武汉市残疾人联合会

关于开展 2025 年武汉市残疾儿童康复训练 定点机构申报工作的通知

各区（开发区、功能区）残联：

为有效落实好残疾儿童康复救助制度，市残联将组织开展 2025 年残疾儿童康复训练定点机构申报工作。现就相关事项通知如下。

一、申报截止时间

2024 年 11 月 12 日（周二）

二、申报条件及标准

1、按照《市人民政府关于印发武汉市残疾儿童精准康复服务实施方案的通知》（武政规〔2019〕7 号）、《关于印发湖北省残疾儿童康复救助制度定点康复训练机构有关准入标准和服务规范（试行）的通知》（鄂残联办发〔2021〕18 号）、《关于印发〈武汉市残疾儿童康复训练定点机构管理办法〉的通知》（武残联〔2022〕8 号）等文件要求执行。

2、在满足申报条件的基础上按照公开择优原则选择确定本辖区 2025 年定点机构：一是具备医疗资质或教育资质的，可优先纳入定点机构范围；二是新增机构或 2024 年残疾儿童康复救助定点机构需新增救助项目的，只能新增一个救助项目；三是区级残联要结合本地 2024 年度已救助残疾儿童数量，控制本地定点机构数量，全区救助儿童数要与机构数相匹配，同类别的机构原则上不超过 5 家，确需超过 5 家，每家机构收训相应类别的残疾儿童数须不少于 80 人；四是在 2024 年康复工作检查中发现不符合定点机构准入标准的机构(或项目类别)，取消其 2025 年定点机构(或项目类别)申报资格；五是各区要根据本地实际情况，实行淘汰制，择优选择定点机构，对辖区内定点机构实行动态管理。

三、申报流程

1、符合申报条件且自愿申报的机构填写《武汉市残疾儿童康复训练定点机构申请表》，将有关资料报区残联，区残联严格审核把关。

2、区残联会同同级卫生健康、教育、民政、医疗保障、市场监管等部门，按照公开择优原则选择确定本辖区符合条件的机构，报市残联会同同级相关部门进行复核确认，以联合行文的方式确定 2025 年全市残疾儿童定

点康复训练机构。

四、工作要求

1、加强宣传。各区残联要做好申报宣传工作，及时将申报条件、标准、流程、时间等告知辖区内有申报意愿的机构。

2、严格审核。各区残联要切实履行属地管理职责，严格按照准入标准，公开择优确定辖区符合条件的机构，并将审核确定的定点机构申请表、汇总表加盖公章后，于2024年11月12日（周二）前报市残联康复处。

3、保持稳定。各区残联要提高站位，对辖区内申报机构做好政策解释和申报指导工作，做好申报机构及相关残疾儿童家庭的稳定工作，确保安全稳定。

联系人：杨易，联系电话：82622449

附件：1、2025年武汉市残疾儿童康复训练定点机构申请表；

2、2025年×××区残疾儿童康复训练定点机构汇总表。



附件 1

2025 年武汉市残疾儿童康复训练 定点机构申请表

机构名称			
申请定 点项目	☐ 听力言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症		
统一社会 信用代码		法定代表人	
机构地址			
机构性质	☐ 事业单位 ☐ 企业 ☐ 民非 ☐ 其他_____		
机构资质	☐ 医疗 ☐ 教育	资质证号	
银行开户 许可证号			
基本 条件	☐ 具有独立法人资格	☐ 机构三年内无重大违法违规事故、未受登记机关或行业主管部门行政处罚等	
安全 保障	☐ 无障碍设施满足要求 ☐ 满足消防规定和要求 ☐ 所有训练场所均安装有效的监控设备 ☐ 应急预案及管理制度符合要求		
场地 环境	☐ 场地总面积 ≥ 300 平米 ☐ 满足消防规定和要求 ☐ 所有训练场所均安装有效的监控设备，监控保存 90 天以上 ☐ 满足设备及功能用房条件		
收训情况	日收训儿童： 听力言语_____名，肢体_____名，智力_____名，孤独症_____名。 上年度享受湖北省残疾儿童康复救助制度儿童： 听力言语_____名，肢体_____名， 智力_____名，孤独症_____名。		
人员岗位 设置情况 (听力言语)	管理人员_____名，听力师_____名，评估人员_____名， 学前特殊教育教师_____名，个别化康复师_____名，卫生保健人员_____名。		

人员岗位 设置情况 (肢体)	管理人员_____名，评估人员_____名， 康复医师_____名，康复治疗师_____名，教师_____名。		
人员岗位 设置情况 (智力)	管理人员_____名，评估人员_____名， 专业技术人员_____名（专业技术人员应由妇幼保健、社会工作、康复治疗、 辅助技术、心理咨询、特殊教育和学前教育等相关专业人员组成）。		
人员岗位 设置情况 (孤独症)	管理人员_____名，评估人员_____名， 专业技术人员_____名（专业技术人员需符合以下情形之一：1. 具有医学或护理学或 康复治疗学或教育学或社会学或心理学学历背景。2. 具备医师/教师/康复治疗师（士） /护师（士）/社会工作者/健康管理师资格/心理咨询师资格。3. 已接受卫健（含三甲医 院）/教育（含高校）/残联（含国家/各省级残联康复协会、国家/各省级残联康复技术 培训基地）系统认可的孤独症残疾儿童康复教育技术培训并取得培训合格证书）。		
财务 管理	☐ 有独立的银行对公账户，单独建账，独立核算； ☐ 专职（或兼职）财务人员，会计出纳分设； ☐ 有具体财务管理制度。		
项目 负责人		联系电话	
信用承诺	本单位郑重承诺，据实填写本表，所提供所有申报资料真实有效，如有弄 虚作假，将自行承担相应责任。 XX 机构（盖章） 年 月 日		

附件 2

2025 年 × × × 区残疾儿童康复训练 定点机构汇总表

序号	机构名称	机构类别				机构性质				机构资质	
		听力 言语	肢体	智力 障碍	孤独症	事业 单位	企业	民非	其他	医疗	教育
1											
2											
3											
4											
5											
...											
区残联意见： 会同区卫健委等____家部门按照公开择优原则 选择确定以上____家残疾儿童康复训练定点机构。 (盖 章) 年 月 日					区卫健委意见： (盖 章) 年 月 日						
区教育局意见： (盖 章) 年 月 日					区民政局意见： (盖 章) 年 月 日						
区医保局意见： (盖 章) 年 月 日					区市场监管局意见： (盖 章) 年 月 日						