

残 [2019] 20

残、财、保：
彻《残
》（ [2018] 20 ），步残
，残、财、
、保《残
案》，。

()



(布)

《 残
》（ [2018] 20 ） “ 残
， 残 ” ， 残
， 保 ， 本 案。

一、项目内容

（ ） 残 病 ，
残 ， 残
。

（ ） 、
、 、 侧
残 ， 残 程 。

二、项目机构

成 残 （ 称
） 、 办 （成
1）。 ， 承

， （ 2） 。

三、救助对象

本 0-17 残 ，

(病 补 标 部) ,

， 并

。

四、补助标准

按 残病 包 标 补 ，
包 ， 本 保、 病保 、 、 保 、
保 按 报 ， 残

。

() 保 补 包 、 、
查 、 查 、 、 、 、 、 、
、材 、 ， 包 标 :

、 、 、 病 ，
， ， ，
， 成 不 ，

不超 5 ； 碍，
侧 ， 不超 7 ； ，
， 保 不超 1 。

病 别 ， 超 标 病 ，
办 ()
， 标 。

病 ， 按 ； 不
病 ， 病 别 并 ，

病 别 。

() ， 补 不超 1000
； ， 补 不超 4000 。

五、救助流程

(一)提出申请。 残 残
， 《 残 表》(残
3)， 本、 材
病 材 ； 残
(www.service.sddpf.org.cn) 。

(二)市县初审。 残 报材 5
成 覆 ， 残 材 报
办 。

(三)省级审核。 办 ， 、
(、)残 报 报材 (表
4)， 必 补充 材 ，
《 残 》(残
5)。 ， ， ，

(四)救助实施。 办
， 按 保 办 ， 便
办

查 本 保、 病保 、 、 保 、

保 按 报 病 ，
报 残 部 备 案 。 残 按
补 。

(五) 信息报送。 办

、 ， 、
， 《 残 表 》

(6) ， 并 残 。

六、组织管理

残 、 财 、 、 保 部 按 本 案 安

， ，

， 保 残 。

， ， 。 财

安 残 保 。

: 1. 残 、

办 成

2. 残

3. 残 表

4. 残 表

5. 残

6. 残 表

部，报材，查，保
案，。

三、省项目技术指导组

长：、
长：、
/ 部、

成：/、

冰

陈

：
：
、病、，
查，并参。

附件 2

序号	医院名	地址	联系人	联系电话
1	山东大学齐鲁医院	济南市历下区文化西路 107 号	王克来	18560082255
2	山东大学第二医院	济南市天桥区北园大街 247 号	王若义	13573160909
3	山东省立医院	济南市槐荫区经五路 324 号	尉 真	0531-68776027
4	山东省千佛山医院	济南市历下区经十路 16766 号	曲宏懿	13905316435
5	山东省立三院 (原省交通医院)	济南市天桥区无影山中路 11 号	林永杰	13954199668
6	青岛大学附属医院	青岛市市南区江苏路 16 号	李富江	13969825749
7	济宁医学院附属医院	济宁市任城区古槐路 89 号	贾代良	15963705623
8	山东大学齐鲁医院 (青岛)	青岛市市北区合肥路 758 号	许洪涛	18561810859
9	济南市儿童医院	济南市槐荫区经十路 23976 号	王春华	18866115866
10	烟台市烟台山医院	烟台市芝罘区解放路 91 号	慕明章	13395358508
11	泰安市中心医院	泰安市泰山区龙潭路 29 号	张其海	13375388995
12	临沂市人民医院	临沂市兰山区解放路东段 27 号	冯 辉	13954978839
13	聊城市人民医院	聊城市东昌西路 67 号	高冬梅	0635-8276123
14	滨州市人民医院	滨州市黄河北路 515 号	王新安	0543-3280805

省项目管理办公室：山东省康复研究中心（山东省康复医院）；

联系人：李委，联系电话：18353133680、0531-81210513、81210558；

地 址：济南市历城区唐冶新区围子山路 3126 号。

附件 3

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证者必填)				
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/>	二级 <input type="checkbox"/>	三级 <input type="checkbox"/>	四级 <input type="checkbox"/>	未定级 <input type="checkbox"/>		
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭 <input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 参加城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加其他保险_____ <input type="checkbox"/> 无任何医疗保险						
肢残有关疾病情况	(附相关诊断证明)						
残疾人或监护人申请	申请人： 年 月 日						
县(市、区)残联初审意见	审核人： 公 章 年 月 日						

备注：未经市、县级残联筛查初审，直接在项目定点医疗机构就诊的肢残儿童，也须填写本申请表，“县(市、区)残联初审意见”改由定点机构相关科室出具意见并盖章，定点机构协助肢残儿童办理相关转院转诊手续。

附件 4

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证者填)				
肢残有关疾病							
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
省专家组 评估审核意见							
	专家签字						
省级项目 管理机构 (省项目办)审 核意见	<p style="text-align: center;">负责人签字: 日期:</p> <p style="text-align: center;">单位盖章:</p>						
	未通过者 填写原因						
注意事项	受助人经评估审核符合项目救助要求, 方可转入定点医疗机构接受手术康复。如自行在医院手术的, 相关费用由其家庭自行承担。						

残 办

2019 4 11
