

武汉市残疾人联合会

关于开展 2026 年度全市定点康复训练机构 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 2026 年度全市残疾儿童定点康复训练机构（以下称机构）申报工作。现就有关事项通知如下。

一、申报时间

机构向区残联申请时间：即日起至 2025 年 8 月 31 日截止。区残联会同相关部门向市残联申报时间：2025 年 10 月 24 日前。

二、申报要求

（一）申报条件按照《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。

（二）区残联要结合本区 2025 年康复救助的残疾儿童数量，本着促进各类机构均衡、高质量发展的要求，

在满足申报条件的基础上按照公开择优原则选择机构，每家机构最多申请新增一个康复项目。

（三）2025 年机构经评估或整改合格的，直接认定为符合申报条件；评估整改后仍不达标的，取消其申报资格。

三、申报流程

（一）机构申请。符合申报条件且自愿申报的机构，按照申报条件向区残联提交申请材料，包括申请表（附件 1）、资质证明、安全保障、服务场所、人员师资、康复项目收费标准等有关资料。2025 年经评估或整改合格的机构，只需提交申请表。（2025 年 8 月 31 日前）

（二）区残联指导和评审。区残联对申请机构进行资料审核、现场评估（9 月 1 日—9 月 12 日），机构按区残联要求进行整改（9 月 13 日—10 月 13 日），区残联集体研究审议出符合条件的机构名单。

（三）区级部门商定。按照公开择优原则，区残联就评审结果，会同同级卫生健康、教育、民政、医疗保障、市场监管等部门商定本区机构。（10 月 24 日前）

（四）市级部门复核、公示和发文。市残联会同同级相关部门复核确认，将机构名单向社会公示（10 个自然日），发文确定 2026 年机构。（12 月 31 日前）

四、其他要求

（一）做好宣传指导工作。及时将申报时间、条件、流程等告知辖区内有申报意愿的机构，做好宣传解释和

申报指导工作。

（二）履行属地监管责任。按照机构准入标准，严格把关，公开择优选好辖区符合条件的机构。

（三）加强谋划确保平稳。提高工作主动性和前瞻性，做好申报机构及相关残疾儿童家庭的稳定工作。

（四）及时审核报送资料。区残联会同相关部门审核机构申请表和汇总表（附件 1-2）填写信息无误后，按照管理权限和格式要求加盖公章后扫描成 pdf 文档报市残联康复处。

联系人：杨易，82622449，583522701@qq.com

附件：1. 2026 年武汉市残疾儿童定点康复训练机构申请表
2. 2026 年 × × × 区残疾儿童定点康复训练机构申请汇总表



附件 1

2026 年武汉市残疾儿童定点康复训练 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。 机构（盖章） 年 月 日		

附件 2

2026 年 × × 区残疾儿童定点康复训练 机构申请汇总表

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	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