

广东省人力资源和社会保障厅文件

粤人社规〔2017〕1号

广东省人力资源和社会保障厅 关于做好我省工伤保险辅助器具配置工作的通知

各地级以上市人力资源和社会保障（社会保障）局，顺德区民政和人力资源社会保障局：

人力资源社会保障部、民政部、国家卫生计生委印发的《工伤保险辅助器具管理办法》（第27号令，以下简称《管理办法》）自2016年4月1日起施行。为贯彻落实《管理办法》，规范我省工伤保险辅助器具配置管理，结合我省实际，现提出以下意见，请一并贯彻执行。

一、工伤保险辅助器具配置机构评估确定办法

（一）评估确定原则。

1. 根据公平、公正、公开的原则，由第三方按照标准进行评估。省人力资源社会保障行政部门从各统筹地区人力资源社会保障行政部门推荐的工伤保险辅助器具配置专家中择优组建省工伤保险辅助器具配置专家库，由专家库的专家对申请单位按规定进行评估。

2. 按照自愿申请、严格标准、满足需要、合理布局的原则确定配置机构。

（二）评估确定流程。

1. 辅助器具装配机构和医疗机构（以下简称辅助器具配置机构）向统筹地区社会保险经办机构（以下简称经办机构）提出工伤保险辅助器具配置服务协议机构（以下简称协议机构）申请，应填写《广东省工伤保险辅助器具配置机构评估申请表》，并按要求提交以下材料：

（1）相关部门批准成立的合法登记（注册）的相关证明材料原件和复印件，且从合法登记（注册）起距申请满一年及以上；

（2）法人资格证书及法定代表人居民身份证原件和复印件；

（3）行业主管部门核发的资格认证书原件和复印件；

（4）营利性单位需提供载有社会信用代码的营业执照原件和复印件。

以上材料应当真实完整，凡弄虚作假的，取消申报资格。

2. 统筹地区经办机构收到申请后，报同级人力资源社会保障行政部门，由其从省工伤保险辅助器具配置专家库中随机抽取7名或者9名相关专家组成评估专家组，对申请单位进行评估。专家组中须一半以上为异地专家，其中专家与被评估单位有利害关系的，应当回避。

专家组根据《广东省工伤保险辅助器具配置机构评估标准》的规定，进行现场评估，当场公布评分结果，并在《广东省工伤保险辅助器具配置机构评估申请表》上提出相关意见。统筹地区人力资源社会保障行政部门将评估申请表交省人力资源社会保障行政部门和经办机构留存，其达标的评估结果3年内全省通用，没有新增加项目的可不再另行组织评估，评估结果由省人力资源社会保障厅定期公布。专家组开展资质评估有关费用由组织方予以承担。

《广东省工伤保险辅助器具配置机构评估标准》另行制订。

3. 统筹地区经办机构可按规定与符合《广东省工伤保险辅助器具配置机构评估标准》的辅助器具配置机构签订服务协议，进行协议管理，并将已签订服务协议的工伤保险辅助器具配置机构名单和其属于《广东省工伤保险辅助器具配置目录》范围的辅助器具的项目、名称及时向社会公布，同时抄送同级和省级的人力资源社会保障、民政、卫生计生行政部门备案。

二、工伤保险辅助器具配置服务协议的管理

(一) 经办机构与辅助器具配置机构签订的服务协议期限为3年。协议期满拟续签的,由辅助器具配置机构向经办机构提出书面申请。由经办机构和省工伤保险辅助器具配置专家组成联合考核小组对其机构标准、履行协议、配置服务三项情况进行考核,按照《广东省工伤保险辅助器具配置协议机构考核评分表》的评分事项及标准,逐项进行评审,评审得分达到90分以上的为合格,合格的可以续签服务协议。

(二) 工伤保险辅助器具配置服务协议要按照《管理办法》的有关规定明确双方权利、义务、责任等事项,确保本地区工伤职工能得到及时的辅助器具配置。协议执行期间,一方的机构名称、经营性质、服务设施、法人代表等发生变化或者国家和省有新规定的,双方签订补充协议。

(三) 经办机构要对协议机构的管理服务进行定期考核和监督检查,并按工伤保险有关规定和协议约定,及时支付工伤职工发生的辅助器具配置费用。协议机构要严格执行工伤保险辅助器具配置目录和支付标准等规定,切实做到合理配置、保证质量、合理收费、规范管理,并配合人力资源社会保障部门及时调取、据实出具配置服务档案等有关材料。

(四) 经办机构和协议机构有下列情形之一的,双方可终止协

议，且终止服务协议后，经办机构应将终止名单及时向社会公布：

1. 协议期满，其中一方提出终止协议的；
2. 协议执行期间，一方违反协议，经协商双方不能达成一致意见的；
3. 因协议机构合并、解散等原因无法履行协议的；
4. 法律法规规定的其他情形。

三、工伤保险辅助器具的更换

（一）辅助器具达到规定的最低使用年限的，工伤职工可以向统筹地区劳动能力鉴定委员会提出更换申请，经劳动能力鉴定委员会确认予以更换的，根据《管理办法》的有关规定予以再次配置，并按照工伤保险有关规定支付费用。

（二）工伤职工因伤情发生变化，需要更换主要部件或者配置新的辅助器具项目的，经向统筹地区劳动能力鉴定委员会提出申请并经确认后，根据《管理办法》的有关规定予以更换（配置），并按照工伤保险有关规定支付费用。

工伤职工本人因身体等原因无法对（一）、（二）项提出申请的，可由其近亲属或者用人单位代为申请。

四、统筹地区以外的工伤保险辅助器具配置

（一）经经办机构同意，参加工伤保险的工伤职工符合以下条件之一的，可以到本统筹地区以外的其他统筹地区经办机构签

订的协议机构配置辅助器具（以下简称异地配置），发生的安装、维修、训练、交通、食宿等费用，由统筹地区按照本地区规定从工伤保险基金支付：

1. 没有终结工伤保险关系的工伤职工在统筹地区以外的地区连续居住半年及以上的；

2. 经劳动能力鉴定委员会确认予以配置的辅助器具，但本统筹地区协议机构不能提供的。

（二）向经办机构申请异地配置工伤保险辅助器具的，应填写《广东省工伤保险辅助器具异地配置申请表》，并按要求提交以下材料：

1. 《工伤认定决定书》原件和复印件；

2. 统筹地区劳动能力鉴定委员会作出的配置辅助器具确认结论；

3. 居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件和复印件；

4. 下列任何一种长期异地居住的证明材料：居住地为户籍所在地的，提供有关户籍证明复印件；统筹地区以外非户籍所在地连续居住半年及以上的，提供居住地所属公安机关出具的居住证复印件。

五、医疗救治过程中的辅助器具配置

经人力资源社会保障行政部门认定工伤（视同工伤）的职工，

确因伤情需要立即配置《广东省工伤保险辅助器具配置目录》中的矫形器（不包括截瘫行走矫形器）和压力衣的，工伤职工、近亲属或者用人单位应当在配置前先通知统筹地区劳动能力鉴定委员会及经办机构，并提交《广东省工伤保险辅助器具配置报备表》进行备案。工伤医疗终结后，再按照《管理办法》的有关规定，向统筹地区劳动能力鉴定委员会提出申请，经确认予以配置的，按照工伤保险有关规定支付费用。

六、其他事项

（一）假牙仅医疗机构可以配置，符合条件的医疗机构纳入工伤保险医疗服务协议管理范围，不再按照本通知进行评估确定。经劳动能力鉴定委员确认予以配置假牙的，在工伤保险协议医疗机构发生的配置费用，按照《广东省工伤保险辅助器具配置目录》的标准及要求，参保工伤职工由工伤保险基金支付。

（二）对工伤保险辅助器具配置协议机构不能配置的假发及生活类辅助器具，在劳动能力鉴定委员会作出予以配置的结论后，工伤职工可向经办机构申请自行购买，并提交《广东省工伤保险辅助器具自行购买申请表》。经经办机构同意后，自行购买并凭相关发票凭证到经办机构按规定报销费用。

本通知自 2017 年 2 月 1 日起施行，有效期五年。

- 附件：1. 广东省工伤保险辅助器具配置机构评估申请表
2. 广东省工伤保险辅助器具配置协议机构考核评分表
3. 广东省工伤保险辅助器具异地配置申请表
4. 广东省工伤保险辅助器具配置报备表
5. 广东省工伤保险辅助器具自行购买申请表



附件 1

广东省工伤保险辅助器具配置机构 评估申请表

单位全称: _____

所属行业: _____

主管部门: _____

单位地址: _____

邮政编码: _____

联系人: _____

联系电话: _____

填表日期: _____

广东省人力资源和社会保障厅 制

温馨提示

辅助器具装配机构和医疗机构向统筹地区社会保险经办机构提出工伤保险辅助器具配置服务协议机构申请的，应当如实提供以下资料：

1. 相关部门批准成立的合法登记（注册）的相关证明材料原件和复印件，且从合法登记（注册）起距申请满一年及以上。
2. 法人资格证书及法定代表人居身份证原件和复印件。
3. 行业主管部门核发的资格认证书原件和复印件：

（1）辅助器具装配机构应具有相应行业主管部门核发的资格证书，其中，假肢和矫形器生产装配企业具有民政部门核发的《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书》；纳入医疗器械管理的，应具有食品药品监督管理部门核发的“医疗器械经营许可证”。

（2）医疗机构应当具有省卫生计生委核发的《医疗机构执业许可证》，属于工伤保险协议医疗机构。中国人民解放军、中国人民武装警察部队所属医疗机构应具有《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》和《中国人民解放军事业单位有偿收费许可证》，属于工伤保险协议医疗机构。

4. 营利性单位需提供营业执照和税务登记证原件和复印件。

一、单位基本情况

| | | | | | |
|--------------------|---|--------|--|------|----------------|
| 单位全称 | | | | | |
| 营业执照注册号或 执业许可证号 | | | | | |
| 注册或执业地址 | | | | 邮编 | |
| 法人代表 | | 联系人 | | 电话 | |
| 电子邮箱 | | | | | |
| 所有制 | | 机构等级 | | 机构类型 | |
| 职工总数 | | 技术人员总数 | | 建筑面积 | m ² |
| 申请服务项目 | <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 (<input type="checkbox"/> 低温板材, <input type="checkbox"/> 热塑板材) <input type="checkbox"/> 生活类辅助器具 <input type="checkbox"/> 助听器 (<input type="checkbox"/> 耳背式、 <input type="checkbox"/> 耳内式、 <input type="checkbox"/> 耳道式) <input type="checkbox"/> 光学助视器 <input type="checkbox"/> 假眼 <input type="checkbox"/> 假牙 <input type="checkbox"/> 假耳、假鼻、假乳配置 | | | | |
| 单位主要业务及特色介绍 | | | | | |

二、申报项目及服务能力

| | |
|--|--------------------------------------|
| 申报服务 | (按照申报服务分类进行填写, 每个类别均需要填写, 页面不足可自行添加) |
| 服务能力介绍 (请对所申报项目已开展服务年限、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明) | |

| | 序号 | 名称 | 说明 |
|--|----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

申报材料清单

三、申报、审核意见

| | |
|---|--|
| <p>申报 单位 意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>统筹地区 社会保险 经办机构 意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>统筹地区 人力资源 社会保障 行政部门 意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>省工伤保险 辅助器具 专家组 评估意见</p> | <p>专家组签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |

备注：本申请表一式四份，申请单位、省人力资源社会保障行政部门、市人力资源社会保障行政部门、经办机构各一份。

附件 2

广东省工伤保险辅助器具配置协议机构 考核评分表

| 项目 | 具体明细 | 分值 | 得分 | 备注 |
|-----------------|--|-----|----|----|
| 机构标准 (占 60%) | 按照《关于印发广东省工伤保险辅助器具配置机构评估标准的通知》的要求,对辅助器具配置机构所开展的服务项目进行考核 | 100 | | |
| 履行协议 (占 20%) | 严格履行配置服务协议 | 100 | | |
| 配置服务 (占 20%) | 严格遵守工伤保险法规政策和辅助器具配置管理法规政策及标准 | 20 | | |
| | 积极配合人力资源社会保障、民政、卫生计生行政部门的监督管理 | 20 | | |
| | 严格按照工伤保险辅助器具配置管理服务协议接受社会保险经办机构的定期考核和监督检查 | 20 | | |
| | 如实记录工伤职工信息、配置器具产品信息、最高支付限额、最低使用年限以及实际配置费用等配置服务事项 | 20 | | |
| | 定期向社会保险经办机构提供本机构工伤保险辅助器具配置业务动态数据;建立各项业务档案和工伤职工辅助器具配置服务档案,并至少保存至服务期限结束之日起两年 | 20 | | |
| 总分 | | 100 | | |

| | |
|---|--|
| 考核小组意见 | <p>考核小组人员签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>统筹地区 社会保险 经办机构 意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>统筹地区 人力资源 社会保障 行政部门 意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |

备注：1. 总分=机构标准得分×60%+履行协议得分×20%+配置服务得分×20%；

2. 本申请表一式四份，申请单位、省人力资源社会保障行政部门、市人力资源社会保障行政部门、经办机构各一份。

附件 3

广东省工伤保险辅助器具异地配置申请表

| | | | | | | |
|---------|---------------|--|----|----------------------------------|-------------------------------|---|
| 工伤职工信息栏 | 姓名 | | 性别 | | 是否参加工伤保险 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 证件类型 | <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| | 身份证件号码 | | | | | |
| | 联系电话 | | | 近亲属姓名及联系电话 | | |
| | 户籍地址 | | | | | |
| | 现居住地址 | | | | | |
| | 用人单位名称 | | | | | |
| | 工伤时间 | | | 工伤认定时间 | | |
| | 伤残部位 | | | | | |
| | 工伤认定决定书文(编)号 | | | 辅助器具配置结论书文(编)号 | | |
| 申报事项确认栏 | 申请事项 | <input type="checkbox"/> 异地配置辅助器具确认 <input type="checkbox"/> 异地配置辅助器具及对拟发生的交通费用申请按规定报销的确认 | | | | |
| | 申请异地配置的辅助器具名称 | | | | | |
| | 申请主体 | <input type="checkbox"/> 工伤职工 | | <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属 | <input type="checkbox"/> 用人单位 | |
| | 申请人联系电话 | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|------|
| 如需对拟发生的交通费用申请按规定报销确认的,请填写起止地点 | 出发地: _____ 目的地: _____ | | |
| | 出发地: _____ 目的地: _____ | | |
| 申请异地配置的理由 (如需对拟发生的交通费用申请按规定报销确认的,请一并填写理由) | <p style="text-align: right;">签名或盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | |
| 用人单位意见 | <p style="text-align: right;">盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | |
| 异地工伤保险辅助器具配置协议机构的情况及意见 | 名称: | | |
| | 地址: | | |
| | 级别 | | 联系电话 |
| | 本协议机构属于_____省_____市_____统筹地区 | | |
| | <p style="text-align: right;">意见:</p> <p style="text-align: right;">盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | |
| 社会保险经办机构意见 | <p style="text-align: right;">盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | |

备注: 1. 本表“异地配置”是指参加工伤保险的工伤职工到本统筹地区以外的其他统筹地区经办机构签订的协议机构配置辅助器具的情形;

2. 本申请表一式四份, 工伤职工、用人单位、协议机构、经办机构各一份。

附件 4

广东省工伤保险辅助器具配置报备表

| | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|----------------|--|----------|---|
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 姓名 | | 性别 | | 是否参加工伤保险 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 证件类型 | <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| | 身份证件号码 | | | | | |
| | 联系电话 | | 近亲属姓名 及联系电话 | | | |
| | 联系地址 | | | | | |
| | 用人单位名称 | | | | | |
| | 工伤时间 | | 工伤认定时间 | | | |
| | 工伤认定决定书文(编)号 | | 伤残部位 | | | |
| 医 疗 机 构 填 写 栏 | 医疗机构名称 | | | | 级别 | |
| | 医疗机构地址 | | | | 电话 | |
| | 简要描述伤情 及治疗情况 | | | | | |
| | 需要配置的 辅助器具 名称及理由 | 盖章 年 月 日 | | | | |

- 备注：1. 工伤医疗终结后，工伤职工须按照《工伤保险辅助器具配置管理办法》的规定向统筹地区劳动能力鉴定委员会提出辅助器具配置确认申请，经确认予以配置的，按照工伤保险有关规定支付费用；
2. 本报备表一式五份，工伤职工、用人单位、医疗机构、劳动能力鉴定委员会、经办机构各一份。

附件 5

广东省工伤保险辅助器具自行购买申请表

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--|----------------|--|----------|---|
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 姓名 | | 性别 | | 是否参加工伤保险 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 证件类型 | <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| | 身份证件号码 | | | | | |
| | 联系电话 | | 近亲属姓名 及联系电话 | | | |
| | 联系地址 | | | | | |
| | 用人单位名称 | | | | | |
| | 工伤时间 | | 工伤认定时间 | | | |
| | 工伤认定决定书 文(编)号 | | 伤残部位 | | | |
| 申 报 事 项 确 认 栏 | 申请自行购买的 辅助器具名称 | | | | | |
| | 申请主体 | <input type="checkbox"/> 工伤职工 <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属 <input type="checkbox"/> 用人单位 | | | | |
| | 申请人 联系电话 | | | | | |
| | 申请自行购买的 理由 | 签名或盖章 年 月 日 | | | | |

| | |
|------------|--|
| 用人单位意见 | <p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p> |
| 社会保险经办机构意见 | <p><input type="checkbox"/>同意</p> <p>根据《广东省工伤保险辅助器具配置目录》，_____（辅助器具名称）最高支付限额为_____元，最低使用年限为____年。超出最高支付限额部分的费用，工伤保险基金不予支付。</p> <p>申请核付费用需提供以下材料：</p> <p><input type="checkbox"/>不同意，理由：</p> <p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p> |

本申请表一式三份，工伤职工、用人单位、经办机构各一份。