

关于印发《青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶项目实施办法》的通知

各镇人民政府、各街道办事处：

《青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶项目实施办法》（以下简称“《实施方案》”）已报青浦区政府同意印发。现将《实施方案》印发给你们，请遵照执行。

特此通知。

上海市青浦区卫生健康委员会

上海市青浦区财政局

上海市青浦区医保局

2024年9月12日

附件

青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶 项目实施办法

为贯彻落实党中央、国务院和市委、市政府关于建立完善计划生育特殊家庭全方位帮扶保障制度的精神，按照《上海市计划生育家庭特别扶助制度实施办法》以及市卫健委、市财政局、市医保局《关于加强本市计划生育特殊家庭医疗服务工作的通知》等文件要求，特制定本实施办法。

一、帮扶对象

同时具备以下条件的本区户籍人员，可以享受计划生育特别扶助对象医疗帮扶：

（一）持有本市卫生健康行政部门发放的《计划生育家庭特别扶助证》；

（二）其独生子女已死亡，且未再生育或收养过子女；

二、帮扶内容和标准

（一）城乡居民基本医疗保险保费补贴

为符合条件的参加城乡居民基本医疗保险的计划生育特别扶助对象提供缴费补贴。

（二）购买沪惠保

为符合条件的计划生育特别扶助对象提供购买沪惠保补贴，切实减轻计划生育特别扶助对象的自费医疗负担。

2024年计划生育特别扶助对象凭发票或凭证申请补贴。2025年开始，由各街镇以政府购买服务形式，为符合条件的计划生育特别扶助对象统一购买沪惠保。

(三) 建立计划生育特别扶助对象医疗补助制度

为符合条件的计划生育特别扶助对象提供自负部分医疗费用一定的补助。具体内容如下：

当年内发生的自负医疗费经相应医疗保障体系报销，并已享受各类医疗救助、互助、减负后，其剩余年自负医疗费计超过1000元的，超过部分的自负医疗费可再给予补助60%，每年最高补助金额不超过30000元。具体金额以符合条件的计划生育特别扶助对象提供的医保费用“个人账户信息查询表”中自负部分医疗费用为依据。

三、帮扶申请登记时间

每年的8月1日-8月31日，符合条件的计划生育特别扶助对象可以在本时间段内申请办理上一医保年度内的医疗帮扶。

四、资金来源

(一)城乡居民基本医疗保险保费补贴、购买沪惠保两项所需资金采用转移支付的方式，由区财政承担。

(二)计划生育特别扶助对象医疗补助所需资金由各街镇财政承担。

五、医疗帮扶审核工作流程

采取三级审核、逐级监督检查制度，具体如下：

(一)按照自愿申请原则,由符合条件的申请人向本人户籍所在地村(居)民委员会提交审批表,提供上一年度医保年度的“个人账户信息查询表”、当年度购买城乡居民基本医疗保险费的发票或凭证(2024年还需要提供购买沪惠保的发票或凭证),同时还需一并提供身份证、本人银行卡原件及复印件。

(二)村(居)民委员会应当自收到医疗帮扶审批表及规定的全部材料之日起5个工作日内进行初审,并将初审意见、申请材料报镇人民政府或者街道办事处。

(三)镇人民政府或者街道办事处应当自收到村(居)民委员会报送全部材料之日起10个工作日内给出审核意见,核定补贴金额,填写审查意见并盖章,并将审核意见、申请材料以及《青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶申请汇总表》(以下简称《汇总表》)的电子版一并上报区卫生健康委。

(四)区卫生健康委自收到镇人民政府或者街道办事处报送的全部材料之日起7个工作日提出审核意见,并将确认过的《汇总表》反馈镇人民政府或者街道办事处。如有异议,区卫生健康委应当重新审核。区卫生健康委对项目总体经费使用情况进行汇总,并做好财政转移支付工作以及监督检查工作。

(五)镇人民政府或者街道办事处收到反馈意见后,以银行转账的方式将医疗帮扶资金发放到申请人的个人银行账号。同时将《汇总表》由分管领导签字并盖章后的纸质材料上报区卫生健康委。

六、资金管理

各镇人民政府或者街道办事处、各有关部门要切实加强医疗帮扶项目资金管理和监督，杜绝出现挤占、挪用、截留和套取，确保医疗帮扶项目资金及时足够发放到位。

七、职责分工

区卫生健康委是本区计划生育特别扶助对象医疗帮扶项目的主管部门，会同区财政局、区医保局等相关部门制定完善实施办法、加强日常管理和监督等工作。

财政部门负责加强资金监督，落实医疗帮扶项目资金。

区医保局负责为医疗帮扶项目提供数据支持，并协助做好计划生育特别扶助对象医疗帮扶服务工作。

各镇人民政府或者街道办事处负责计划生育特别扶助对象医疗帮扶项目的具体组织实施工作。

八、其他

符合以下两种情况之一，终止其在本区享受计划生育特别扶助对象医疗帮扶：

（一）根据《上海市计划生育特别扶助制度实施办法》，已注销计划生育特别扶助资格的；

（二）本人户籍迁出本区的。

逾期未申请的，视作本人主动放弃上一年度计划生育特别扶助对象医疗帮扶。

如发现当事人以欺骗等不正当手段冒领或骗领补贴，责令限

期退回，并取消其医疗帮扶资格。

九、实施日期

本办法自 2024 年 9 月 12 日起实施。

本办法在执行过程中如遇上级政策调整，按上级调整后的政策执行，未尽事宜按相关法律法规和上级部门规定执行。

2024 年青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶审批表

_____镇（街道）_____村（居）委会

申请人姓名		性别		联系电话	
身份证				扶助类型	
户籍地址				工作单位	
现居住地址					
是否参加城乡居民基本医疗保险		已减免/补贴金额		本次补贴金额	
是否购买沪惠保		已减免/补贴金额		本次补贴金额	
自负部分医疗费用		已减免/补贴金额(含：救助、互助、减负等)		本次补贴金额	
补贴金额合计	_____元。				

声明： 本人保证本表所填写情况属实，如有不实，愿承担因此引起的相应法律后果。

申请人/被委托人：

_____年____月____日

<p>村（居）委意见： 经审核，同意补贴 _____元。 经办人： _____ 村长/主任： _____ (村居委章) _____年____月____日</p>	<p>镇（街道）意见： 经审核，同意补贴 _____元。 经办人： _____ 分管领导： _____ (街镇计生专用章) _____年____月____日</p>	<p>区卫生健康委意见： 经审核，同意补贴 _____元。 经办人： _____ 分管领导： _____ (区卫健委计生专用章) _____年____月____日</p>
--	--	---

注：1.本申请表一式一份，由各街镇计生部门留存；

2.本申报表要用钢笔或水笔填写。

青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶审批表（2025 年以后表）

_____镇（街道）_____村（居）委会

申请人姓名		性别		联系电话	
身份证				扶助类型	
户籍地址				工作单位	
现居住地址					
是否参加城乡居民基本医疗保险		已减免/补贴金额		本次补贴金额	
自负部分医疗费用		已减免/补贴金额(含:救助、互助、减负等)		本次补贴金额	
补贴金额合计	_____元。				

声明： 本人保证本表所填写情况属实，如有不实，愿承担因此引起的相应法律后果。

申请人/被委托人：

_____年_____月_____日

村（居）委意见： 经审核，同意补贴 _____元。 经办人： _____ 村长： _____ （村居委章） _____年_____月_____日	镇（街道）意见： 经审核，同意补贴 _____元。 经办人： _____ 分管领导： _____ （街镇计生专用章） _____年 _____月_____日	区卫生健康委意见： 经审核，同意补贴_____元。 经办人： _____ 分管领导： _____ （区卫健委计生专用章） _____年_____月_____日
---	---	--

注：1.本申请表一式一份，由各街镇计生部门留存；

2.本申报表要用钢笔或水笔填写。

2024年青浦区计划生育特别扶助对象医疗帮扶申请汇总表

镇/街道（盖章） 领导签字：_____

序号	姓名	扶助类型	联系电话	身份证号码	居保			沪惠保			医疗费用			补贴金额合计
					是否参加	已减免/补贴金额	补贴金额 1	是否参加	已减免/补贴金额	补贴金额 2	自负部分医疗费用	已减免/补贴金额	补贴金额 3	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

注：
 1. 合计补贴金额=补贴金额 1+补贴金额 2+补贴金额 3
 2. 补贴金额 3=（自负部分医疗费用-1000-已减免/补贴金额）×60%

20 _____ 年青浦区计划生育特别扶助对象医疗医疗帮扶申请汇总表（2025 年以后用表）

_____ 镇/街道（盖章） 领导签字： _____

序号	姓名	扶助类型	联系电话	身份证号码	居保			医疗费用			补贴金额合计
					是否参加	已减免/补贴金额	补贴金额 1	自负部分医疗费用	已减免/补贴金额	补贴金额 2	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

注： 1.合计补贴金额=补贴金额 1+补贴金额 2
 2.补贴金额 2=（自负部分医疗费用-1000-已减免/补贴金额）×60%

