

# 石城县民政局

石民字〔2022〕2号

---

## 关于印发《石城县百善扶老计划医疗援助 实施办法》的通知

各乡镇便民服务中心，县城市社区社会事务办公室：

现将《石城县百善扶老计划医疗援助实施办法》印发给你们，请结合工作实际认真组织实施。



# 石城县百善扶老计划医疗援助实施办法

为帮助我县困难老人解决较高的自付医疗费用，缓解因病返贫致贫问题，巩固拓展脱贫攻坚成果，按照石城县百善扶老计划有关实施要求，现制定石城县百善扶老计划医疗援助实施办法如下：

## 一、基本原则

坚持从实际出发，帮助困难老人解决实际问题；坚持与医疗保障制度的有效衔接；坚持政府主导，社会参与，实现政府救助和社会力量参与的良性互动；坚持公开、公平、公正，规范管理，实现援助便捷，信息资源共享；坚持发挥医疗援助的帮急救难作用。

## 二、援助对象及期限

（一）60周岁以上低保、特困、低保边缘家庭、支出型困难家庭、脱贫户、监测户老人；

（二）援助时间：2021年1月-2022年9月（医疗费用发生时间）。

## 三、申请条件

援助对象个人自付医疗费用达到以下标准的，可以提出援助申请：

1、城乡特困（含分散、集中）供养老年人患病的，经所有

医疗保障线报销后，个人自付费用年度超出 500 元以上的；

2、城乡低保老年人患病，经所有医疗保障线报销后，个人自付费用年度超过 3000 元以上的；

3、脱贫户、监测户、低保边缘家庭、支出型困难家庭老年人患病，经所有医疗保障线报销后，个人自付费用年度超过 5000 元以上的；

#### 四、申请及审批程序

符合医疗援助条件的困难对象，向乡镇人民政府、城市社区提出申请并提供相关证明材料；乡镇人民政府、城市社区接到申请材料提出初审意见，报石城县和仁公益社会服务中心审核，县和仁社工审核后报县民政局审批，审批同意的对象金额在乡镇、村张榜公示 7 天，无异议后，由石城县和仁公益社会服务中心进行资金拨付。

#### 五、申请资料

申请对象需提供以下资料：

（一）申请审批表一份（见附件）；

（二）申请人户口簿、身份证、社保卡复印件各一份；

（三）相关证明材料，如：低保证、特困供养证、建档立卡登记证复印件一份；

（四）医院诊断证明书或出院小结、城乡居民医疗保险结

算单、大病保险补偿个人结算单复印件一份；

(五) 其他需要的相关证明材料。

## 六、资金管理

(一) 资金来源

由石城县百善扶老计划项目所筹资金安排，用完为止。

(二) 资金管理

医疗援助资金实行专户管理，专账核算，专款专用，封闭运行。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用，对虚假冒领、挤占挪用、贪污等违法行为，依法依规予以处理。

## 七、保障措施

工作人员有玩忽职守、徇私舞弊或贪污、挪用、滞留援助资金的，追究相关人员的责任，涉嫌犯罪的，移送司法机关依法查处。申请医疗援助的城乡居民，有弄虚作假、虚报冒领、骗取医疗援助金的，取消其救助申报资格，并追回救助资金，涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

## 八、其他事项

(一) 本援助为有限援助，不是填平补齐手段。

(二) 申请资料一经受理将不予退回，申请人必须保证提供资料的真实性。

(三) 获得救助的申请人或代理人，有责任和义务提供必

要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

（四）援助对象因下列行为，产生的医疗费用不予救助：

1、吸毒、卖淫、嫖娼、打架斗殴等违法犯罪行为；

2、医疗美容、保健性质理疗；

3、工伤交通事故、医疗事故等，国家有规定责任归属及责任保险赔偿事故发生的医疗费用；

4、酗酒、自杀、自残、捐献肾脏、肝脏等人体组织、器官，妊娠、生育等；

5、不按规定如实提供相关证明材料。

## 九、监察与监督

县民政局定期将救助对象、费用支出等情况向社会公布。

设立举报电话 0797-5792285，接受社会监督。

本实施细则最终解释权归县民政局。

附件：石城县百善扶老计划医疗援助申请审批表

附件

## 石城县百善扶老计划医疗援助申请审批表

申请人姓名		性别		
身份证号码		家庭住址		
联系电话		对象类别		
疾病名称		年总医疗费用支出(元)		
报销金额(元)		个人支付金额(元)		
申请医疗援助金额(元)				
家庭成员情况简介	姓名	关系	职业	月收入(元)

<p>申请理由</p>	<p>本人承诺，以上情况及提供的资料情况属实，如有不实或虚假，愿意承担由此产生的一切后果及责任。</p> <p>申请人签名：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
<p>村（居）委会初审意见</p>	<p>经办人：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>乡镇审核意见</p>	<p>经办人：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>石城县和仁公益社会工作服务中心意见</p>	<p>经办人：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>民政部门意见</p>	<p>经办人：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>资助金额</p>	<p>核定援助金额¥_____元</p>		

