

# 张家港市民政局 张家港市医疗保障局 张家港市财政局

张政民〔2019〕258号

---

## 关于实施医疗费用支出型低收入家庭 帮扶项目的通知

各镇（区）民政办、财政所、医疗保障服务中心：

为缓解全市低收入家庭成员长期患病的医疗费用负担，保障其基本生活不受影响，根据市政府2019年8月31日《关于对市民政局申请“低收入家庭帮扶”项目经费审核意见》的批示精神，在全市范围内开展医疗费用支出型低收入家庭帮扶项目，现将相关事项通知如下：

### 一、发放对象

在自然年度内，医保系统内门诊自付费用累计达到3000元（含）以上或住院自付费用累计达到6000元（含）以上的当月在册低收入对象。

## 二、发放标准

(一) 门诊自付费用。累计达到 3000 元(含)的, 发放 6 个月生活补贴, 每月发放 250 元, 计 1500 元; 累计超过 6000 元(含)的, 再一次性发放 6 个月生活补贴, 计 1500 元。如门诊自付费用累计未达 3000 元(含), 但后续一次性累计超过 6000 元(含)的, 一次性发放 3000 元生活补贴。全年最高发放 3000 元生活补贴。

门诊自付费用(元)	生活补贴金(元)	发放月(次)数	合计(元)	发放方式
3000-5999	250	6	1500	按月
6000 及以上	1500	1	1500	一次性
累计一次性 6000 以上	3000	1	3000	一次性
全年最高发放 3000 元。				

(二) 住院自付费用。累计达到 6000 元(含)的, 发放 6 个月生活补贴, 每月发放 500 元, 计 3000 元; 累计超过 12000 元(含)的, 再一次性发放 6 个月生活补贴, 计 3000 元; 全年最高发放 6000 元。如住院自付费用累计未达 6000 元(含), 但后续一次性累计超过 12000 元(含), 一次性发放 6000 元生活补贴。全年最高发放 6000 元生活补贴。

住院自付费用(元)	生活补贴金(元)	发放月(次)数	合计(元)	发放方式
6000-11999	500	6	3000	按月
12000 及以上	3000	1	3000	一次性
累计一次性 12000 以上	6000	1	6000	一次性
全年最高发放 6000 元。				



(三) 低收入家庭成员在领取生活补贴后，因收入超标等原因退出在册低收入家庭的，按月领取的生活补贴不受影响至完成6个月发放。

(四) 自然年度内，同时符合门诊、住院补贴标准的，就高享受生活补贴，全年总发放金额不超过6000元/人。已领取门诊自付费用生活补贴后，住院自付费用达住院自付费用生活补贴发放标准的，发放住院自付费用生活补贴时，扣除门诊自付费用生活补贴已发放部分。

(五) 按月发放的生活补贴，如自然年度内已不足6个月的，剩余未发补贴在次年1月一次性发放到位。

### 三、申请和办理

市民政局与医疗保障局进行系统对接，每月10日前将上月“因病致贫”风险预警产生的超过生活补贴发放医疗费用标准的低收入人员名单反馈各镇（区）民政办。

各镇（区）民政办负责通知符合医疗费用支出型低收入家庭生活补贴对象，由本人或者家庭成员填写《张家港市医疗费用支出型低收入家庭生活补贴申请表》，向镇（区）提出申请。村（社区）协助镇（区）做好相关申请受理工作。

镇（区）对申请对象的低收入对象身份、自然年度内医疗费用支出金额及身份证等信息进行审核，符合条件的签署审核意见，上报市民政局，由市民政局审批汇总。

市民政局应将审批办理结果，及时书面告知申请家庭。

#### 四、资金安排

医疗费用支出型低收入人员生活补贴资金，按照市政府批示，由市、镇两级按 3:7 的比例分担，市级资金从福彩公益金中列支。

#### 五、工作要求

解决因病致贫、因病返贫问题是目前我市社会救助工作的重点和难点，各部门要将此项工作放到推进十九大“弱有所扶”民生保障的落实中统筹考虑。民政部门要做好医疗费用支出型低收入困难对象的认定和生活补贴资金的发放等工作；医保部门要及时将自付医疗费用超过一定额度的人员信息及医疗费用信息推送给民政部门；财政部门要加强资金保障，及时足额安排医疗费用支出型低收入对象生活补贴资金，确保此项工作顺利开展。



2019年11月14日



# 医疗费用支出型低收入家庭生活补贴申请审核表

申请人姓名		性别		身份证号码	
联系电话		户籍地址		家庭地址	
银行账号		开户人姓名		开户行名称	
本年度累计 门诊自付金额 (元)		本年度累计 住院自付金额 (元)			
本次申请生活补贴类型	<input type="checkbox"/> 门诊自付 3000 元 <input type="checkbox"/> 门诊自付 6000 元 <input type="checkbox"/> 住院自付 6000 元 <input type="checkbox"/> 住院自付 12000 元				
申请人(法定监护人)签字:			申请日期:      年      月      日		
<b>以上内容由申请人填写, 以下内容由审核部门经办人填写</b>					
本年度已享受医疗费用支出型低收入家庭生活补贴情况					
补贴类型	首次发放月份	补贴总额	已发放金额	剩余金额	
门诊自付 3000 元生活补贴					
门诊自付 6000 元生活补贴					
住院自付 6000 元生活补贴					
住院自付 12000 元生活补贴					
本次申请建议发放补贴金额(元)					
本次申请拟发放生活补贴形式					
<input type="checkbox"/> 按月发放			<input type="checkbox"/> 一次性发放		
首次发放月份		发放月份			
每月发放金额(元)					
次年1月份需一次性补足金额(元)					
经办人签字:			日期:      年      月      日		
镇(区) 审核意见	经办人签字: _____      单位盖章: _____ <div style="text-align: right;">日期:      年      月      日</div>				
民政局 审批意见	经办人签字: _____      单位盖章: _____ <div style="text-align: right;">日期:      年      月      日</div>				

享受\_\_\_\_\_年度医疗费用支出型低收入家庭生活补贴待遇告知书

(按月发放)

:

经市民政局审批,根据《张家港市关于实施医疗费用支出型低收入家庭帮扶项目的通知》的规定,符合医疗费用支出型低收入需家庭生活补贴发放条件,扣除本年度已发放部分后,本次申请拟发放医疗费用支出型低收入家庭生活补贴\_\_\_\_元,采用打卡形式,分6个月发放。如自然年度内已不足6个月的,剩余未发补贴在次年1月一次性发放到位。

特此告知。

申请人(法定监护人)签字:

镇(区)民政办盖章

日期: 年 月 日

享受\_\_\_\_\_年度医疗费用支出型低收入家庭生活补贴待遇告知书

(一次性发放)

:

经市民政局审批,根据《张家港市关于实施医疗费用支出型低收入家庭帮扶项目的通知》的规定,符合医疗费用支出型低收入需家庭生活补贴发放条件,扣除本年度已发放部分后,本次申请拟发放医疗费用支出型低收入家庭生活补贴\_\_\_\_元,采用打卡形式,一次性发放。如自然年度内已不足6个月的,剩余未发补贴在次年1月一次性发放到位。

特此告知。

申请人(法定监护人)签字:

镇(区)民政办盖章

日期: 年 月 日