

BZCR-2023-0080001

滨州市民政局  
滨州市财政局文件  
滨州市医疗保障局

滨民〔2023〕18号

滨州市民政局 滨州市财政局  
滨州市医疗保障局关于印发《滨州市因病致贫  
重病患者认定救助实施细则（试行）》的通知

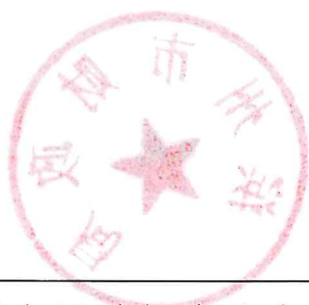
各县（市、区）民政局、财政（分）局、医疗保障局，高新区社会事业发展局，北海新区、经济开发区医疗保障工作机构：

现将《滨州市因病致贫重病患者认定救助实施细则（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。





(此件主动公开)



---

滨州市民政局办公室

2023年5月29日印发

---

# 滨州市因病致贫重病患者认定救助实施细则 (试行)

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范我市因病致贫重病患者认定、救助工作，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法(试行)》(鲁民〔2023〕16号)《滨州市人民政府办公室关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》(滨政办发〔2022〕9号)等文件规定，结合我市实际，制定本细则。

**第二条** 具有我市户籍，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，其家庭收入、家庭财产和生活状况符合当地因病致贫重病患者条件的，经本人申请，按照程序认定为因病致贫重病患者，并实施医疗救助。

**第三条** 因病致贫重病患者认定、救助工作遵循以下原则：

- (一) 属地管理，部门配合，分级负责；
- (二) 优化服务，高效便民；
- (三) 公开、公平、公正、公信；
- (四) 诚信承诺，失信担责。

**第四条** 县级及以上人民政府民政和医保部门协同配合，负责统筹本行政区域内因病致贫重病患者认定、救助工作。经县级人民政府授权，县(市、区)民政部门、医保部门按程序

将审核确认权限委托下放到乡镇人民政府（街道办事处）〔以下简称乡镇（街道）〕实施，由乡镇（街道）承担因病致贫重病患者认定申请的受理、审核、确认、救助等工作。县级民政、医保部门加强监督指导。村（居）民委员会协助做好相关工作。

## 第二章 认定条件

**第五条** 申请因病致贫重病患者，应未纳入最低生活保障、特困人员救助供养、最低生活保障边缘家庭、返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象等救助范围，且同时满足以下条件：

（一）患者本人具有滨州市户籍，且在山东省内参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险。

（二）提出申请前 12 个月内，政策范围内个人负担费用超过所在地上年度城镇或者农村居民人均可支配收入，家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入低于当地城乡低保月标准的 2 倍，且不超过当地月最低工资标准。

（三）家庭财产符合我市低保边缘家庭财产相关规定。

**第六条** 政策范围内个人负担费用是指患者在定点医药机构就医发生的住院费用、门诊慢特病费用（包括参照住院和门诊慢特病管理单独支付的药品费用），经基本医保、大病保险（含职工大额医疗补助，下同）等报销后政策范围内个人自付部分，以及基本医保、大病保险年度起付线以下和最高支付限

额以上的费用。医疗费用中完全自费和首先自付部分不纳入认定统计范围。

**第七条** 共同生活家庭成员、家庭收入及核算认定参照《滨州市最低生活保障管理办法》有关规定，但在家庭收入核算时，对于因患重病增加的刚性支出项目，不得重复扣减。家庭财产认定参照《滨州市最低生活保障边缘家庭认定办法》有关规定，但允许拥有评估价值不超过当地年城镇低保标准 3 倍的机动车辆。家庭收入认定和家庭财产状况中，原则上不纳入低保、低保边缘家庭的情形，适用于因病致贫重病患者认定。

### 第三章 申请受理

**第八条** 申请因病致贫重病患者，应当由患者本人作为申请人，向其户籍所在地乡镇（街道）提出书面申请；实施网上申请受理的地方，可以通过互联网提出申请。

患者本人申请有困难，可以由共同生活的家庭成员代为申请，也可以由患者本人或共同生活的家庭成员委托村（居）委会或者其他人员代为申请。委托申请的，应当办理相应委托手续。

**第九条** 申请材料主要包括：

（一）户口簿、身份证等证件，已实行证明事项告知承诺制的可不提供相关证明材料。

（二）患者提出申请之月前 12 月内，政策范围内个人负担医疗费用证明材料，其中，本市参保人员由乡镇（街道）民政

部门将申请人信息推送给乡镇（街道）医保部门后，由医保部门工作人员填写《申请因病致贫重病患者医保结算费用查询统计表》；市外参保人员医保费用结算情况（加盖参保地医保经办机构公章）由申请人自行提供。

（三）家庭收入和财产状况证明材料，包括工资流水、银行存款流水及余额、互联网金融资产、网络筹款、商业保险等证明材料。

（四）按规定如实填写《因病致贫重病患者申请表》，书面声明家庭经济状况；签署《滨州市社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书》，承诺所提供信息材料真实、完整、有效，对失信欺骗行为自愿承担相关责任，授权对其家庭经济状况信息开展核查。

**第十条** 乡镇（街道）应当对提交的材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知补齐所有规定材料。可以通过国家或省政务服务平台、省市社会救助家庭经济状况核对系统查询获取的材料，不要求当事人提交。

**第十一条** 在因病致贫重病患者申请审核过程中发现共同生活的家庭成员有下列行为之一的，乡镇（街道）应当暂缓或终止审核确认程序：

（一）拒绝配合经办机构或者经办人员对其家庭状况进行调查，致使无法核实家庭收入和财产的；

（二）故意隐瞒家庭及其法定赡养、抚养、扶养人家庭人口、收入、财产和因病支出状况，或者提供虚假、不完整申请

材料的；

（三）接受的大额社会捐赠、商业保险赔偿、医疗机构减免等款项，超出政策范围内个人负担医疗费用，明显不符合因病致贫重病患者条件的；

（四）通过离婚、赠予、转让等方式放弃自己应得财产，或者放弃法定应得赡养费、抚养费、扶养费和其他合法资产及收入的；

（五）法定赡养、抚养、扶养人有赡养、抚养、扶养能力，但未依法履行义务，致使申请人共同生活的家庭成员月人均收入低于当地城乡低保月标准的 2 倍，或超过我市月最低工资标准。

（六）不得获得因病致贫重病患者资格的其他情形。

**第十二条** 因病致贫重病患者申请对象，家庭财产状况有下列情形之一的，原则上不认定为因病致贫重病患者：

（一）人均金融资产超过当地年低保标准 3 倍的；

（二）拥有机动车辆（普通二轮和三轮摩托车、残疾人用于功能型补偿代步的机动车辆除外）、船舶、大型农机具的；但允许拥有评估现值不超过我市年城市低保标准 3 倍的机动车辆。

（三）拥有 2 套及以上住房且住房总面积超过当地住房保障标准面积 2 倍，或者申请因病致贫重病患者之前 1 年内以及认定有效期内购买超过当地住房保障标准面积商品房的；申请因病致贫重病患者之前 1 年内或者认定有效期内，兴建、购买

非居住用房或者高标准装修住房的；

(四)具有投资行为且人均投资数额超过当地年低保标准 2 倍的；

(五)雇佣他人从事经营性活动的；

**第十三条** 因病致贫重病患者申请对象，非共同生活的法定赡养（抚养、扶养）人家庭有下列情形之一的且家庭成员中无重病重残人员的，原则上不认定为因病致贫重病患者：

1. 拥有 2 套及以上住房，且家庭人均住房建筑面积高于统计部门公布的上年度全市人均住房建筑面积的；

2. 家庭人均财产价值总计超过上年度本市居民人均消费支出的 3 倍。本条所述法定赡养（抚养、扶养）人家庭财产不包括已成年孙子女财产，财产价值指家庭拥有机动车辆现价值和金融资产价值。机动车辆现价值=原值-每年折旧额×使用年数，每年折旧额=原值÷预计使用年限 15 年。

## 第四章 审核确认

**第十四条** 乡镇（街道）应当自受理申请之日起 10 个工作日内，对申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险（包括基本医疗保险、大病保险等）支付情况和实际生活情况等予以调查核实，并提出审核意见。村（居）委会应当协助乡镇（街道）开展调查核实。

**第十五条** 申请人共同生活的家庭成员户籍所在地与经常

居住地不一致的，受理申请的乡镇（街道）可以委托申请人家庭成员居住地乡镇（街道）调查核实。受委托的乡镇（街道）应当自收到委托之日起 10 个工作日内完成调查核实，将评估材料送交受理申请的乡镇（街道）。

**第十六条** 调查申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险支付情况和实际生活情况等，可采取信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证、行业评估、支出推算等方式进行，具体要求参照《滨州市最低生活保障管理办法》有关规定。

**第十七条** 经家庭经济状况信息核对，不符合因病致贫重病患者条件的，乡镇（街道）应当及时告知申请人。申请人对核对结果有异议的，应当在 15 日内提供相关佐证材料；乡镇（街道）应当自收到佐证材料起 10 个工作日内进行复查。对同一家庭，30 日内原则上不重复调查；对同一家庭多次调查，以最近一次调查结果为准。

**第十八条** 乡镇（街道）对拟确认为因病致贫重病患者的，在申请家庭所在村、社区进行公示，公示期为 7 天，公示应当依法保护个人隐私，不得公示无关信息。公示期满无异议的，应当在 3 个工作日内予以确认同意，发放《因病致贫重病患者确认通知书》。对公示有异议的，乡镇（街道）应当对申请人家庭重新组织调查核实，视情开展民主评议，在 10 个工作日内提出审核意见，并重新公示。

**第十九条** 对不符合条件的申请不予确认同意，乡镇（街

道)应在作出决定3个工作日内,下达《因病致贫重病患者不予批准告知书》,书面告知申请人并说明理由。

**第二十条** 因病致贫重病患者审核确认工作应当自受理之日起20个工作日之内完成;因委托协查、金融资产核查等特殊情况下,可以延长至30个工作日。

**第二十一条** 合理认定城市与农村因病致贫重病患者。对于拥有承包土地或者参加农村集体经济收益分配的家庭,一般按农村因病致贫重病患者家庭认定。

**第二十二条** 未经申请受理、家庭经济状况调查、审核确认等程序,不得将任何人直接认定为因病致贫重病患者。

**第二十三条** 被认定为因病致贫重病患者的,以做出审核确认决定之日为准,县(市、区)民政部门每月将新认定的因病致贫重病患者信息推送到县(市、区)医保部门。

## 第五章 救助实施

**第二十四条** 被认定为因病致贫重病患者,可在30日内持《因病致贫重病患者确认通知书》、社保卡、非本市参保人员还需提供门诊慢特病和住院医疗费用结算证明等材料,到乡镇(街道)医保经办机构申请医疗救助,医保部门工作人员建立工作台账。医保部门按规定和程序审核报销后,每月将因病致贫重病患者医疗救助金发放情况,推送到对应的民政部门。

**第二十五条** 因病致贫重病患者身份认定一次有效,一次

身份认定享受一个医疗年度救助待遇和救助限额，一个年度内不得重复申请。

## **第六章 监督管理**

**第二十六条** 各级民政部门应当会同有关部门建立健全因病致贫重病患者信息共享、主动发现工作机制，为乡镇（街道）开展因病致贫重病患者认定工作提供支持；要优化因病致贫重病患者认定流程，通过规范完善申请对象经济状况承诺声明等措施，不断提升认定水平；要加强城乡低保、临时救助、特困供养、低保边缘家庭、慈善等救助政策衔接，认定为因病致贫重病患者后，及时将符合条件的人员纳入救助范围，在核算个人负担医疗费用时，要对医疗救助金进行扣减。

**第二十七条** 乡镇（街道）应当做好因病致贫重病患者认定工作资料归类、建档工作，健全因病致贫重病患者档案管理制度，并建立电子档案。

**第二十八条** 县级以上人民政府民政、医保、财政部门应当加强因病致贫重病患者认定、救助和资金管理使用工作监督检查，严格执行医疗救助基金监督管理规定，建立健全相关监督管理制度。

**第二十九条** 相关工作人员在履行因病致贫重病患者认定职责过程中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责，但由于申

请对象隐瞒家庭收入和财产、现有数据共享不全面等客观原因，出现失误偏差且能够及时纠正的经办人员可依法依规免于问责。

**第三十条** 采取虚报、隐瞒、伪造等不正当手段，未如实声明家庭经济状况，存在失信行为，骗取因病致贫重病患者救助金，责令退回救助金。情节恶劣的，依照有关法规规章处以罚款，并追究法律责任。

## 第七章 附 则

**第三十一条** 本办法由市民政局、市医保局负责解释，自2023年7月1日起施行，有效期至2025年4月30日。此前相关管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：
1. 申请因病致贫重病患者医保结算费用查询统计表（样表）
  2. 因病致贫重病患者申请表（样表）
  3. 滨州市社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书（样表）
  4. 社会救助申请对象入户调查表暨家庭经济状况信息表（样表）
  5. 因病致贫重病患者审核确认表（样表）
  6. 因病致贫重病患者审核公示（样表）
  7. 因病致贫重病患者确认通知书（样表）
  8. 因病致贫重病患者不予批准告知书（样表）

## 附件1

申请因病致贫重病患者医保结算费用查询统计表(样表)

| 姓名                                                                        |          |       | 身份证号码            |         |          | 联系电话         |      |             |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------------------|---------|----------|--------------|------|-------------|----|
| 人员类型                                                                      |          |       | 费用查询时间段(申请前12个月) |         |          |              |      |             |    |
| 费用类型                                                                      | 费用发生起止日期 | 医疗费总额 | 政策范围内费用额         | 基本医保支付额 | 职工大额救助金额 | 职工、居民大病保险支付额 | 其他补助 | 政策范围内个人负担金额 | 备注 |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
|                                                                           |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
| 合计                                                                        |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
| 填表单位(盖章): _____ 乡镇(街道) 填表人: _____ 填表时间: _____                             |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |
| 此表由乡镇(街道)医保部门工作人员通过医保信息系统查询后填写。其中,统筹费用个人负担合计金额,是因病致贫重病患者政策范围内个人负担费用的核算依据。 |          |       |                  |         |          |              |      |             |    |

## 附件 2

## 因病致贫重病患者申请表（样表）

|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|--------------|-------------------------------------------------------------|----|------|-----------|------|------|---------|--------|---------|
| 申请人姓名        |                                                             |    |      | 居民身份证号码   |      |      |         | 联系方式   |         |
| 性别           |                                                             |    |      | 就业状况及工作单位 |      |      |         | 月收入    |         |
| 户籍地          | 县（区）                      乡镇（街道）                      村（社区） |    |      |           |      |      |         |        |         |
| 居住地          | 县（区）                      乡镇（街道）                      村（社区） |    |      |           |      |      |         |        |         |
| 代理人姓名        |                                                             |    |      | 与申请人关系    |      |      | 代理人联系电话 |        |         |
| 共同生活家庭成员情况   | 姓名                                                          | 民族 | 劳动能力 | 与申请人关系    | 婚姻状况 | 健康状况 | 就业状况    | 月收入（元） | 居民身份证号码 |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
| 非共同生活赡养抚养人情况 |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |
|              |                                                             |    |      |           |      |      |         |        |         |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|--|
| 家庭收入支出情况                                                                                                                       | 家庭月人均收入(元)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 元                                                        | 大病病种 |  |
|                                                                                                                                | 近12个月医疗支出金额(元)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 总花费_____元,基本医疗保险报销_____元、大病保险报销_____元,政策范围内个人负担费用_____元。 |      |  |
| 家庭财产情况                                                                                                                         | <p>1. 常用银行账号及存款余额: _____; _____; _____。</p> <p>2. 有价证券: _____元。</p> <p>3. 债权: _____元。</p> <p>4. 商业保险赔付金: _____元。</p> <p>5. 房产一: 房屋地址_____, 建筑面积_____m<sup>2</sup>, 房屋性质_____, 房屋来源_____, 购(建)房时间____年__月。</p> <p>房产二: 房屋地址_____, 建筑面积_____m<sup>2</sup>, 房屋性质_____, 房屋来源_____, 购(建)房时间____年__月。</p> <p>6. 机动车: 车主姓名_____车型_____车牌号_____, 排气量_____, 购买时间____年__月, 购买金额_____元。</p> <p>7. 其他财产: _____。</p> <p>8. 家庭主要支出情况: 支出项目名称_____, 支出金额_____元。</p> <p>备注: 上述财产或支出有两种及以上情况的可根据实际自行增添。</p> |                                                          |      |  |
| <p>我已确认上述内容无误并真实有效, 如存在虚报、隐瞒、伪造等不如实提供信息资料的行为, 本人及家庭愿意承担相应处罚和法律责任。</p> <p>申请人签字确认:</p> <p>(无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当委托代理人签字确认)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |      |  |

填表说明：1. 婚姻状况填写以下分类：（1）未婚；（2）已婚；（3）丧偶；（4）离婚。

2. 健康状况填写以下分类：（1）健康或良好；（2）一般或较弱；（3）重病。

3. 劳动能力填写以下分类：（1）有劳动能力；（2）部分丧失劳动能力；（3）完全丧失劳动能力；（4）无劳动能力。

4. 学业状况填写以下分类：（1）在读；（2）毕业；（3）肄业；（4）结业；（5）休学。

5. 就业状况填写以下分类：（1）在职人员；（2）登记失业人员；（3）无就业人员（原未登记失业人员）；（4）灵活就业人员；（5）离退休人员；（6）务农人员；（7）务工人员；（8）在读人员；（9）非法定年龄就业状况。

6. 病种填写以下分类：（1）血液类重病；（2）肿瘤类重病；（3）肝类重病；（4）免疫类重病；（5）传染类重病；（6）心脑血管类重病；（7）心脏类重病；（8）肾病类重病；（9）器官移植类重病；（10）内分泌类重病；（11）神经类重病；（12）其他重病。

7. 近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

8. 与申请人的关系：（1）配偶；（2）子/婿；（3）女/媳；（4）孙子女/外孙子女；（5）父母/岳父母/公婆；（6）祖父母/外祖父母；（7）兄弟姐妹；（8）其他。

9. 有价证券：包括股票、债券及基金证券、可转换证券等衍生品种。

10. 房屋性质填写以下分类：（1）自有私房；（2）租用公房；（3）租用私房；（4）临时搭建房；（5）借住房。

11. 房屋来源：（1）自购房；（2）自建房；（3）回迁房；（4）承租公房。

### 附件 3

## 滨州市社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书

本人姓名：\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_，现申请因病致贫重病患者认定。

本人及家庭成员（含具有法定赡养、抚养、扶养义务关系的非共同生活的家庭成员，下同）郑重承诺，个人申请过程中提供的各类证明材料、声明填报的各类收入财产事项，均内容真实、准确、完整，存在隐瞒欺诈行为，愿意接受社会救助管理部门的调查、处罚并承担相应法律责任。

本人及家庭成员授权社会救助经办机构及各级社会救助家庭经济状况核对机构在本家庭申请及获得社会救助期间，通过但不限于教育、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、自然资源、住房城乡建设、农业农村、卫生健康、退役军人、应急、市场监管、医保、税务、工会、共青团、残联、妇联等单位以及银行、证券、保险等金融机构，查询、核对本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息。本人及家庭成员亦同意所有涉及本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息的单位、机构将相关信息提供给社会救助经办机构和核对机构。

本人承诺，在办理社会救助相关业务、配合社会救助调查及享受社会救助待遇期间，不发生以下行为：

（一）虚报、隐瞒家庭真实收入、财产、支出、人口变化情况、家庭成员健康、教育、婚姻状况以及法定赡养、抚养、扶养义务人履行法定义务能力情况，骗取社会救助金或服务；

（二）伪造、涂改或提供虚假证明材料、冒名顶替或使用他人身份信息骗取社会救助金或服务；

（三）通过离婚、赠予、转让等方式放弃自己应得的财产或份额，或者放弃法定应得赡养费、抚养费、扶养费和其他合法资产及收入，骗取社会救助金或服务；

（四）通过隐瞒、虚报等手段已纳入社会救助的家庭或个人，对骗取的社会救助资金、物资拒不在规定时限内退回；

（五）通过托管、转移、出借、出让或直接利用他人身份等方式，规避由本人实际拥有、使用或受益的车辆、机械、土地、房产等大宗资产和商业经营行为；

（六）通过贿赂、胁迫、殴打、辱骂等不正当方式影响、干扰和阻挠社会救助工作人员以及参与配合调查评议的其他相关人员正常履行工作职责；

（七）恶意举报社会救助经办人员或其他救助对象，经查证举报不属实；

（八）多次反映同一问题且经查证反映问题不属实；

（九）其他社会救助领域失信行为。

如发生上述行为，本人愿意接受民政等部门依规处理。

**申请人及共同生活家庭成员签名（按捺指纹）**

| 序号 | 姓名（指纹） | 身份证号码 | 与户主关系 | 签名日期 |
|----|--------|-------|-------|------|
| 1  |        |       | 户主本人  |      |
| 2  |        |       |       |      |
| 3  |        |       |       |      |
| 4  |        |       |       |      |
| 5  |        |       |       |      |

**赡（抚、扶）养人等其他家庭成员签名（按捺指纹）**

| 序号 | 姓名（指纹） | 身份证号码 | 与户主关系 | 签名日期 |
|----|--------|-------|-------|------|
| 1  |        |       |       |      |
| 2  |        |       |       |      |
| 3  |        |       |       |      |
| 4  |        |       |       |      |
| 5  |        |       |       |      |

乡镇（街道）受理本申请及授权书的经办人员签名：

年    月    日

备注：1. 有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当由委托代理人签字并按捺指纹，无书写能力的申请人应当由有书写能力的委托代理人代签并按捺本人指纹。

2. 本诚信承诺及核对授权书一式一份，由乡镇（街道）保管，作为开展社会救助家庭经济状况核查比对依据并存档。

## 附件 4

# 社会救助申请对象入户调查表 暨家庭经济状况信息表（样表）

（工作人员填写）

村（社区）（盖章）：

调查日期： 年 月 日

|            |             |    |                                                                                            |      |      |                                                         |                    |      |             |
|------------|-------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------|
| 申请低保家庭成员信息 | 申请人姓名       |    | 性别                                                                                         |      | 居民类型 | <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村 |                    | 家庭人口 |             |
|            | 户籍地         |    |                                                                                            | 居住地  |      |                                                         |                    |      |             |
|            | 所在单位        |    |                                                                                            | 联系电话 |      |                                                         | 主要致贫原因             |      |             |
|            | 家庭成员（含户主）状况 |    |                                                                                            |      |      |                                                         |                    |      |             |
|            | 与申请人关系      | 姓名 | 身份证号                                                                                       |      | 婚姻状况 | 职业状况                                                    | 健康状况（残疾类别及等级、疾病名称） | 年收入  | 家庭困难情况及较大花费 |
|            | 本人          |    |                                                                                            |      |      |                                                         |                    |      |             |
|            |             |    |                                                                                            |      |      |                                                         |                    |      |             |
|            |             |    |                                                                                            |      |      |                                                         |                    |      |             |
| 家庭收入支出情况   | 工资性收入       |    | 工资、薪金、奖金、劳动分红、津贴、补贴以及与任职或者受雇有关的其他所得等。                                                      |      |      |                                                         | 元/年                |      |             |
|            | 经营净收入       |    | 种植、养殖、采集及加工等农林牧渔业的生产收入，从事工业、建筑业、手工业、交通运输业、批发和零售业、餐饮业、文教卫生业和社会服务业等经营及有偿服务活动的收入等。            |      |      |                                                         | 元/年                |      |             |
|            | 财产净收入       |    | 出让动产和不动产、储蓄存款利息、有价证券红利、储蓄性保险投资以及其他股息和红利等收入，集体财产收入分红和其他动产收入，以及转租承包土地经营权、出租或者出让房产以及其他不动产收入等。 |      |      |                                                         | 元/年                |      |             |

|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|--------------------|--|
|             | 转移净收入                                                                                                 |                                                                                                                                                   | 赡养(抚养、扶养)费、离退休金、失业保险金、遗属补助金、赔偿收入、接受捐赠(赠送)收入等。 |                                                                                            | 元/年  |      |     |                    |  |
|             | 家庭支出情况                                                                                                |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            | 元/年  |      |     |                    |  |
| 家庭财产        | 金融资产                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 无存款                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 有 存款: 元              |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 无证券、股票、基金、理财等                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 有 价值: 元              |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             | 房产情况                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 自有住房(含商品房、门面房、经济适用房、集体产权房、农村宅基地等)                                                                                        | 房产 1: 面积: 平, 房产所有人: , 房屋结构: , 房屋地址:           |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   | 房产 2: 面积: 平, 房产所有人: , 房屋结构: , 房屋地址:           |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 租房                                                                                                                       | 租房面积: m <sup>2</sup> , 每月租金: 元, 房屋地址:         |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             | <input type="checkbox"/> 借住房: 面积: m <sup>2</sup> , <input type="checkbox"/> 临时搭建房: 面积: m <sup>2</sup> |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
| 车辆船舶情况      | <input type="checkbox"/> 无                                                                            | <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 轿车 <input type="checkbox"/> 运输车 <input type="checkbox"/> 大型农机具 <input type="checkbox"/> 运输船舶 |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
| 法定赡养抚养义务人信息 | 与申请人关系                                                                                                | 姓名                                                                                                                                                | 身份证号                                          | 性别                                                                                         | 婚姻状况 | 职业状况 | 年收入 | 健康状况(残疾类别及等级、疾病名称) |  |
|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
|             |                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
| 备注          |                                                                                                       | 是否与申请材料一致: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 说明情况:                                                                            |                                               |                                                                                            |      |      |     |                    |  |
| 签字          |                                                                                                       | 调查员签字:<br>① _____<br>② _____                                                                                                                      |                                               | 被调查家庭成员代表签字: 以上情况是否属实。<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 签名: _____ |      |      |     |                    |  |

备注: 1. 主要致贫原因: 疾病、灾害、残疾、缺乏劳动力等。

2. 健康状况: 健康、残疾、患有疾病、两者都有。

3. 年医疗支出根据个人实际负担数额填写。

4. 职业状况: 老年人(60周岁及以上)、在职职工、灵活就业人员、登记失业人员、未登记失业人员、在校生、农业从业人员、其他人员(18周岁以下)。

5. 调查员至少要有 1 人为乡镇(街道)社会救助部门工作人员。

## 附件 5

## 因病致贫重病患者审核确认表（样表）

（工作人员填写）

|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|--------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|----|--------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| 申请人姓名        |                                                             | 性别                |    | 民族     |      | 家庭人口                  |      | 照片<br>粘贴处 |       |
| 户籍地          |                                                             |                   |    |        |      | 保障人口                  |      |           |       |
| 居住地          |                                                             |                   |    |        |      | 工作单位                  |      |           |       |
| 身份证号         |                                                             |                   |    |        |      | 联系方式                  |      |           |       |
| 保障类别         | <input type="checkbox"/> 城市低保 <input type="checkbox"/> 农村低保 |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
| 共同生活家庭成员     | 姓名                                                          | 年龄                | 性别 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况<br>(健康、一般、残疾、患病) | 职业状况 | 年收入       | 身份证号码 |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
| 非共同生活赡养抚养人信息 | 姓名                                                          | 年赡<br>(抚、扶)<br>养费 | 性别 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况<br>(健康、一般、残疾、患病) | 职业状况 | 年收入       | 身份证号码 |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |
|              |                                                             |                   |    |        |      |                       |      |           |       |

|                          |                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 核算情况                     | 提出申请前 12 个月内，政策范围内申请人个人负担费用是                  元                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> 超过本地上年度（ <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村）居民人均可支配收入（为          元/年）<br><input type="checkbox"/> 不超过本地上年度居民人均可支配收入 |  |  |  |
|                          | 扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入是          元                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> 低于当地（ <input type="checkbox"/> 城市 <input type="checkbox"/> 农村）月低保标准的 2 倍，不高于本地月最低工资标准<br><input type="checkbox"/> 不符合收入认定条件              |  |  |  |
| 家庭经济状况信息核对情况<br>(后附核对报告) | 经核对，申请人家庭财产 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合低保边缘家庭财产相关规定。                                                                                     |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 调查核实情况                   | 经调查核实，申请人 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合因病致贫重病患者条件。<br>调查核实人员（至少 2 人）签字：<br><div style="text-align: right;">年          月          日</div>   |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 公示情况                     | <div style="text-align: center;">无异议 <input type="checkbox"/>          有异议 <input type="checkbox"/></div>                                                             |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 公示有异议民主评议情况              | 民主评议结论：<br>参加民主评议人员签字：                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 乡镇（街道）审核意见               | 经调查、审核、公示无异议，同意 _____ 乡镇（街道） _____ 村（社区） _____，自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起确认为我市因病致贫重病患者。<br><div style="text-align: right;">乡镇（街道）盖章<br/>年          月          日</div> |  |                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|                          | 经办人                                                                                                                                                                   |  | 负责人                                                                                                                                                               |  |  |  |

附件 6

## 因病致贫重病患者审核公示（样表）

经申请、审核，拟认定\_\_\_\_\_村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为 7 天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。

公示时间：          年    月    日至          年    月    日

乡镇（街道）举报电话：

盖    章

年    月    日

| 序号 | 家庭所在村（社区） | 拟认定人姓名 | 备注 |
|----|-----------|--------|----|
|    |           |        |    |
|    |           |        |    |
|    |           |        |    |

附件 7

## 因病致贫重病患者确认通知书（样表）

（            年            县（市、区）            乡镇街第            号）

\_\_\_\_\_先生/女士：

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日，您提出因病致贫重病患者申请，根据《滨州市因病致贫重病患者认定救助实施细则（试行）》等规定，乡镇（街道）对您家庭的人口、收入、财产、医疗支出、实际生活等状况及资料进行了调查核算。经审核、公示无异，现正式告知：\_\_\_\_\_已于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日被确认为因病致贫重病患者。您可凭本通知书于 30 日内到\_\_\_\_\_乡镇（街道）医保部门办理医疗救助事宜。特此通知。

乡镇（街道）联系电话：

县（市、区）医保部门联系电话：

盖 章

年    月    日

备注：本通知书一式两份，一份由申请人仅用于医疗救助、一份由乡镇（街道）存档。申请人办理医疗救助后，本通知书由县（市、区）医保部门收回存档。

附件 8

## 因病致贫重病患者不予批准告知书（样表）

（            年            县（市、区）            乡镇、街道第            号）

\_\_\_\_\_先生/女士：

您于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交因病致贫重病患者申请，经调查审核，根据《滨州市因病致贫重病患者认定救助实施细则（试行）》等文件规定，您因

☐家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入为\_\_\_\_\_元/月，超过本县（市、区）低保月标准的 2 倍（城□乡□低保标准为\_\_\_\_\_元/月），或虽然低于低保标准的 2 倍但超过当地月最低工资标准（标准为元/月）。

☐家庭财产状况或实际消费水平不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为：\_\_\_\_\_。

不予批准，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

乡镇（街道）联系电话：\_\_\_\_\_

盖 章

年    月    日

☐ 申请人已签收本告知书。

送达人：

见证人：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

☐ 申请人拒绝或未当面签收本告知书，但送达人已口头告知。

送达人：

见证人：

无法签收或拒收事由：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

备注：

1. 该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。
2. 申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。
3. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。
4. 本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）

