关于进一步完善计划生育失独家庭父母

救助制度的通知

长卫发〔2022〕23号

各镇人民政府、街道办事处：

为保持政策的规范性、连续性，进一步规范计划生育失独家庭父母救助制度，确保我区失独家庭父母老有所养，老有所医。经研究，结合我区实际，现就有关事项通知如下：

一、救助对象

纳入我区计划生育家庭特别扶助制度的失独家庭父母。

1. 救助措施
2. 资助失独家庭父母参加城乡居民养老保险

对符合参加城乡居民养老保险条件的失独家庭父母，在参加我区城乡居民养老保险时，由政府出资按9档缴费标准进行资助，其最高享受15年的资助。

（二）资助失独家庭父母参加城乡居民医疗保险

对符合参加城乡居民医疗保险条件的失独家庭父母，在参加我区城乡居民医疗保险时，由政府出资按二档缴费标准进行资助。

（三）建立失独家庭父母生病住院补助制度

对参加城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险的失独家庭父母，在其生病住院后，按照医疗保险报销总额的10%给予补助，每人每年最高补助不超过3000元。

三、办理程序

（一）城乡居民养老保险缴费资助办理程序

1.区卫生健康部门提供当年长寿区失独家庭父母名册，分别报送区社保部门和区税务部门。

2.区社保部门对符合参加城乡居民养老保险条件的失独家庭父母，确认当年参保情况。区税务部门对符合参加城乡居民社会养老保险条件的失独家庭父母，确认当年的缴费情况。

3.区卫生健康部门对区社保部门和区税务部门确认的资助数据进行汇总后，填报《长寿区计划生育失独家庭父母城乡居民养老保险资助人员花名册》（附件1），报送区财政部门，资金到位后由区卫生健康部门将资助经费直接划入其个人缴纳社保费的银行账户。资助经费划到个人缴纳社保费的银行账户后，对未批扣人员由税务部门进行批扣，对已批扣人员不再进行批扣。

（二）城乡居民医疗保险缴费资助办理程序

1.区卫生健康部门提供当年长寿区失独家庭父母名册，报送区医保部门，由区医保部门对符合参加城乡居民医疗保险条件的失独家庭父母进行标识，并按程序进行参保。

2.区医保部门对符合参加城乡居民医疗保险条件的失独家庭父母，确认当年的参保情况；区税务部门对符合参加城乡居民医疗保险条件的失独家庭父母，确认当年的缴费情况。

3.区卫生健康部门对区医保部门和区税务部门确认的资助数据进行审核后，报送区财政部门，由区财政部门将补助经费划入财政专户。

（三）失独家庭父母生病住院补助办理程序

1.参加医疗保险的失独家庭父母，在生病住院后，凭医疗保险报销的有效凭据，填写《长寿区计划生育失独家庭父母生病住院补助申报表》（附件2），并提供本人身份证复印件。

2.镇（街）卫生健康部门凭申请人的医疗保险报销的有效凭据，按本办法确定其应领取的补助金额，并在申报表上签字盖章后报区卫生健康部门。

3.区卫生健康部门审核确认后，将补助金直接划入当事人提供的个人银行账户。

本通知自公布之日起施行。原《重庆市长寿区卫生健康委员会 重庆市长寿区财政局 重庆市长寿区人力资源和社会保障局 重庆市长寿区医疗保障局 国家税务总局重庆市长寿区税务局<关于进一步完善计划生育失独家庭父母救助制度的通知>》（长卫发〔2019〕172号）同时废止。

附件：1.长寿区计划生育失独家庭父母城乡居民养老保险资助人员花名册

 2.长寿区计划生育失独家庭父母生病住院补助申报表

重庆市长寿区卫生健康委员会 重庆市长寿区财政局

重庆市长寿区人力资源和社会保障局 重庆市长寿区医疗保障局

 国家税务总局重庆市长寿区税务局

 2022年3月24日

附件1

长寿区计划生育失独家庭父母城乡居民养老保险资助人员花名册

单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 出生年月 | 家庭住址 | 需代缴金额 | 银行账号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2

长寿区计划生育失独家庭父母生病住院

补助申报表

 **镇街名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 银行账号 |  |
| 住院时间 |  | 住院医院 |  |
| 医保报销金额 |  | 应补助金额 |  |
| 镇（街道）初审意见 | 卫健办主任签字： 分管领导签字： 年 月 日 年 月 日（公章） |
| 区卫生健康委审核意见 | 经审核，应补助 元。 审核人： 年 月 日（公章） |