

西安市未央区卫生健康局 文件 西安市未央区财政局

未卫发[2020] 33 号

西安市未央区卫生健康局 西安市未央区财政局 关于做好农村计划生育家庭参加城乡居民基本 医保政府补助发放工作的通知

各街道卫计办、财政所：

根据《陕西省计划生育家庭参加新型农村合作医疗补助工作方案》（陕人口发[2007]103 号）要求，近年来我区一直对农村计划生育家庭参加新农合进行补助。2020 年 1 月 1 日起，现有城镇居民医保和新农合统筹整合为城乡居民基本医保，根据 2019 年 12 月 31 日区政府批示精神，2020 年起，我区对农村计划生育家庭参加城乡居民基本医保给予每人 30 元补助。现将有关事项通知如下：

一、补助对象的条件、范围和标准

（一）条件

1、1933年1月1日以后出生

2、未进行整体农转居的农村计划生育家庭群众（无形改造后便不再享受）

3、没有违反国家和我省计划生育法律法规和政策规定生育，且自愿参加城乡居民基本医保制度

4、家庭现存一个子女或两个女孩或子女死亡现无子女

5、独生子女父母领取了《独生子女光荣证》

（二）范围、标准

对符合补助条件的农村计划生育家庭的夫妻及其0-18周岁的子女，每人补助30元。

二、对象确认和申报程序

（一）个人申请。根据省、市卫健委要求，每年10月-12月，对符合补助条件对象进行摸底登记，符合补助条件农村计划生育家庭夫妻及其0-18周岁的子女，凭家庭户口本、身份证、结婚证、独生子女证或双女节育证明等证件原件进行申报，由村上报街道卫计办。

（二）街道卫计办审核、公示。街道卫计办对符合补助条件的对象逐人进行审核，于次年1月中旬前录入奖励扶助管理信息系统农村合作医疗（农村计划生育家庭参加城乡居民基本医保）版块，1月底信息系统关闭后，不得再进行任何操作。次年城乡居民基本医保缴费工作结束后，3-5月街道卫计办对前期摸底对象进行复核，剔除缴费年度条件不符对象（只剔除、不新增），

将最终已缴费的符合当年补助条件的对象**凭当年缴费证明**进行统计、公示，经公示后将《____年度农村计划生育参保补助对象汇总表》《____年度陕西省 xx 街道 xx 村农村计划生育参保补助对象花名册》《____年度不符合农村计划生育参保补助条件对象统计表》（附件 123）报区卫生健康局。

（三）区卫生健康局确认。区卫生健康局对补助对象进行审核和确认，根据《____年度农村计划生育家庭参加医保补助汇总表》（附件 4）向区财政局报送缴费年度补助资金调剂分配至各街道的申请。

三、资金来源和发放

（一）资金来源。省级补助 10 元/人，市级补助 2 元/人，区级补助 18 元/人。

（二）资金发放。待省市补助资金到位后，区财政局根据区卫生健康局报送的缴费年度补助资金调剂分配至各街道的申请，正式发文将资金调剂分配下达至各街道，由各街道报送用款计划并将补助资金发放到申请人银行账户。

四、有关要求

（一）各相关部门要密切配合、各司其责，确保补助工作的顺利进行。区卫生健康局负责政策指导、业务审核、省市补助资金的申请及年初预算的测算及编制；财政部门负责区级补助资金的落实及已到位各级补助资金的及时分配下达，对资金使用情况
进行监管。各街道要高度重视、广泛宣传，确保农村计划生育家庭群众享受到政策照顾，同时要全面摸底、严格审核，**留存好审**

核资料；资金到位后及时发放到群众手中，同时充分发挥群众监督和舆论监督作用，保证政策执行的公正性。

（二）补助金的使用接受省、市、区卫健、财政、审计、纪检监察等部门的抽查和监督，必要时，委托专业机构或具有资质的社会中介机构开展资金监督检查。

（三）受疫情影响，2020年补助申报工作于文件下发之日起启动，请各街道于6月15日前将附件1、2、3报至区卫生健康局，今后补助申报工作于每年城乡居民基本医保缴费结束后开始，具体时间另行通知。

附件1：《____年度农村计划生育参保补助对象汇总表》

2：《____年度陕西省xx街道xx村农村计划生育参保补助对象花名册》

3：《____年度不符合农村计划生育参保补助条件对象统计表》

4：《____年度农村计划生育家庭参加医保补助汇总表》

未央区卫生健康局

未央区财政局

2020年4月30日

附件 1

_____年度农村计划生育参保补助对象汇总表

所属机构:	xx 街道		单位:人					
机构	合计		独生子女户		双女户		子女死亡现无子女	
	户数	人数	户数	人数	户数	人数	户数	人数
合计								
x 村								

分管领导

科室负责人:

填报人:

填报时间:

附件 2

____年度陕西省 xx 街道 xx 村农村计划生育参保补助对象花名册

填报单位： xx 街道

序号	合疗证号	户主	身份证号	类别	户内补助人员				与户主关系	备注
					户籍地区	姓名	性别	出生日期		
1	61011200xxxxxxxx	xxxx	610112xxxxxxxxxx	A	610112xxx	xxxxx	xx	xxx+--xx-xxx	xx	

总数： xx 户， xx 人
其中，独女户： xx 户， xxx 人
双女户： xx 户， xx 人

附件 3

_____年度不符合农村计划生育参保补助条件对象统计表

填报单位(盖章)：_____ 街道

序号	姓名	村名	出生年月	计生类型			退出类型				备注
				独生子女家庭	双女家庭	子女死亡无子女家庭	死亡	生育二孩	户籍迁出	满 18 岁	
合计：	本街道 x 村共退出（ ）人，双女户（ ）人，独女户（ ）人，死亡（ ）人，生二胎（ ）人，户籍迁出（ ）人，满十八岁（ ）人。										

分管领导：

科室负责人：

填报人：

填报日期： 年 月 日

附件 4

_____年度农村计划生育家庭参加医保补助汇总表

填报单位：未央区卫生健康局

填报日期： 年 月 日

单位	补助对象		补助金额		资金分类					
					省级补助金额		市级补助金额		区级补助合计	
	户 数	人 数	标准(元/人)	所需资金(元)	标准(元/人)	所需资金(元)	标准(元/人)	所需资金(元)	标准(元/人)	所需资金(元)
合 计										

主要领导

分管领导：

科室负责人：

填报人：

省级补助 10 元，市级补助 2 元，区级补助 18 元；合计补助每人 30 元。

抄送：区政府办公室、区审计局
