

北京市西城区民政局  
北京市西城区人力资源和社会保障局  
北京市西城区卫生和计划生育委员会  
北京市西城区财政局

文件

西民发〔2015〕30号

---

北京市西城区民政局等4部门关于  
开展因病致贫家庭医疗救助有关问题的通知  
(试行)

各相关单位、各街道办事处：

为全面落实《社会救助暂行办法》，编密织牢保障基本民生安全网，按照《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善

医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30号）要求，结合《关于调整完善我市城乡医疗救助制度的意见》（京民社救发〔2014〕219号）、《关于开展因病致贫家庭医疗救助有关问题的通知（试行）》（京民社救发〔2015〕403号）文件精神和我区实际，现就西城区开展因病致贫家庭医疗救助有关问题通知如下：

### 一、救助对象

具有本区户籍，未享受城乡居民最低生活保障或低收入救助的我区居民及其共同生活的家庭成员，因患疾病，在本市医疗保险或新型农村合作医疗定点医疗机构就医，一个自然年度内家庭支出医疗费用较高，在经过城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡居民大病保险，以及商业保险报销赔付和各种救助后，家庭负担的合规医疗费用超过家庭承受能力，基本生活出现严重困难的，由区民政部门给予医疗救助。

合规医疗费用按照城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等基本医疗保险和城乡居民大病保险有关规定确定。

申请家庭同时具备下列条件的，可以申请享受因病致贫家庭医疗救助：

#### （一）收支水平认定条件

在上一自然年度内，申请家庭总收入在扣除家庭成员因患疾

病发生的个人负担的合规医疗费用后，家庭月人均收入不超过本市同年职工最低工资标准。

## （二）家庭财产认定条件

家庭拥有应急之用的货币财产总额，人均应不超过 24 个月本市当年城乡低收入家庭认定标准之和。其他财产情形应符合《北京市人民政府办公厅转发市民政局关于北京市社会救助家庭经济状况核对办法和认定指导意见的通知》（京政办发〔2011〕63 号）相关规定。

## （三）家庭成员认定条件

共同生活的家庭成员应符合《北京市城乡居民最低生活保障审核审批办法（试行）》（京民社救发〔2014〕182 号）相关规定。

## 二、救助标准

申请家庭中共同生活的家庭成员，在上一自然年度内因患疾病在本市医疗保险或新型农村合作医疗定点医疗机构就医发生的医疗费用，在扣除城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡居民大病保险，以及商业保险报销赔付和各种救助后，对于家庭负担的合规医疗费用，由民政部门按照 3 万元（含）以下 30%、3 万元以上至 5 万元（含）以下 40%、5 万元以上 50%的比例分段给予医疗救助。全年救助封顶线 80000 元。同一自然年度内只能申请一次。

## 三、救助程序

### （一）申请

按照属地管理的原则，申请因病致贫家庭医疗救助应当在城乡居民大病保险报销后，由共同生活的家庭成员向户籍所在地街道办事处提出书面申请并提交相关证明材料。家庭成员申请有困难的，也可委托居民委员会代为提交申请。

申请家庭应当填写《申请因病致贫家庭医疗救助经济状况和医疗费用支出情况登记表及声明书》（见附件 1），如实申报家庭经济状况和医疗费用支出情况，授权区民政部门对其家庭收入、家庭财产和医疗费用支出情况进行核查，同时提交上一自然年度共同生活家庭成员的以下证明材料：

1. 户口簿及身份证复印件。
2. 申请因病致贫家庭医疗救助经济状况和医疗费用支出情况登记表及声明书。
3. 年度收入证明和相关财产证明。
4. 本市二级及以上医保或新农合定点医疗机构出具的诊断证明。
5. 北京市医疗门诊收费票据或北京市医疗住院收费票据，以及北京市城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、商业保险主管部门出具的费用结算分割单。
6. 民政部门认为需要提供的其它证明材料。

## （二）受理审核

1. 受理。街道办事处是受理审核因病致贫家庭医疗救助申请的责任主体，应当在 25 个工作日内完成受理审核工作。受街道

办事处委托，社会保障事务所应当承担因病致贫家庭医疗救助的事务性工作。

街道办事处社会保障事务所应当对申请家庭提交的材料进行审查，材料齐备的予以受理，指导申请家庭填写《西城区因病致贫家庭医疗救助申请表》（见附件 2），开展家庭经济状况和医疗费用支出情况核查。材料不齐备的，街道办事处社会保障事务所应当填写《西城区因病致贫家庭医疗救助申请材料补正通知书》（见附件 3），书面告知申请家庭补齐所有规定材料。

2. 审核。街道办事处社会保障事务所在居民委员会协助下，通过信息核对、入户调查、邻里访问以及信函索证等方式，对申请家庭的经济状况和医疗费用支出等情况进行调查核实。填写《西城区因病致贫家庭医疗救助审批表》（见附件 4），并及时将申请家庭情况在居民委员会进行第一次公示，公示期为 5 个工作日。公示期满后，街道办事处社会保障事务所应将相关材料报送同级负责医疗救助审核的主管部门，由主管部门提出审核意见后，报街道办事处主管领导批准；同时由街道办事处社会保障事务所将申请家庭相关信息录入北京市医疗救助系统，完成网上审核和材料上报工作。

### （三）审批

区民政部门是审批因病致贫家庭医疗救助申请的责任主体，应当在 10 个工作日内完成审批工作。对街道办事处提交的材料进行复核；与当地城乡居民大病保险主管部门了解申请家庭上一

自然年度大病保险补偿情况；将拟批准给予救助家庭的基本情况  
及救助金额在街道办事处及居民委员会进行第二次公示，公示期  
为 5 个工作日。公示期满无异议的，区民政部门应当在《西城区  
因病致贫家庭医疗救助审批表》上签署救助意见，并完成北京市  
医疗救助系统网上审批工作。对于不符合救助条件的家庭，区民  
政部门应当在做出不予批准决定后 2 个工作日内，由街道办事处  
社会保障事务所，送达《西城区因病致贫家庭医疗救助不予批准  
决定书》（见附件 5），书面告知申请人并说明理由。

#### （四）资金发放

因病致贫家庭医疗救助金实行社会化发放，由街道办事处根  
据申请家庭提供的金融机构信息，通过银行、邮政储蓄银行等代  
理金融机构在审批工作结束后 10 个工作日内完成资金发放工  
作。

### 四、救助资金

开展因病致贫家庭医疗救助所需资金，从区医疗救助资金预  
算中列支。鼓励慈善组织和个人捐款，倡导多渠道筹集医疗救助  
资金。

### 五、工作要求

（一）加强协作配合。开展因病致贫家庭医疗救助，是  
我市贯彻落实《社会救助暂行办法》和《国务院办公厅转发民政部  
等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救  
助工作意见的通知》的重要举措，是我区进一步完善社会救助体

系，探索建立多层次医疗救助体系的重要内容，对缓解因病陷入困境群众的“不能承受之重”具有重要意义。区民政、财政、人力社保、卫生计生等部门要站在维护首都核心区改革、发展和稳定大局的高度，加强协调配合，细化政策措施，加大资金投入，切实做好因病致贫家庭医疗救助工作。民政部门要主动加强与财政、人力社保、卫生计生等部门的沟通协调，切实做好政策制定和救助对象审核认定工作。人力社保和卫生计生部门要配合民政部门开展医疗费用支出情况核查，及时将城乡居民大病保险相关数据反馈民政部门。财政部门要做好资金保障和资金监管工作。

（二）抓好政策落实。区民政部门要加强组织领导，落实管理责任，加大资金监管力度，务求政策落实到户、见效到人。要增强“救急难”工作效能，充分发挥居民委员会、社区服务机构的作用，及时发现掌握困难需求，畅通救助渠道，提升社会救助的综合救助效应。

（三）做好宣传引导。要坚持正确的舆论导向，通过扎实有效的政策宣传，让群众广为知晓政策内涵，合理引导群众预期，为因病致贫家庭医疗救助的实施营造良好社会氛围。

（四）引导社会力量参与。要积极引导社会力量参与因病致贫家庭医疗救助工作，注重发挥慈善组织的专业优势，通过提供医疗费用补助、心理疏导、亲情陪护等方式切实减轻困难群众医疗负担、缓解身心压力，避免冲击社会道德和心理底线的事件发

生。

## 六、本《通知》自 2016 年 1 月 1 日起正式施行。

- 附件: 1. 申请因病致贫家庭医疗救助经济状况和医疗费用支出情况登记表及声明书
2. 西城区因病致贫家庭医疗救助申请表
3. 西城区因病致贫家庭医疗救助申请材料补正通知
4. 西城区因病致贫家庭医疗救助审批表
5. 西城区因病致贫家庭医疗救助不予批准决定书



## 附件 1:

# 申请因病致贫家庭医疗救助经济状况和 医疗费用支出情况登记表及声明书

### 1. 家庭基本情况

| 家庭成员<br>基本信息                  | 关系 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 婚姻状况 | 身份证号 | 户籍所在地 | 实际居住地 |
|-------------------------------|----|----|----|------|------|------|-------|-------|
|                               |    |    |    |      |      |      |       |       |
|                               |    |    |    |      |      |      |       |       |
|                               |    |    |    |      |      |      |       |       |
| 法定赡养、<br>扶养、抚养<br>义务人基本<br>信息 |    |    |    |      |      |      |       |       |
|                               |    |    |    |      |      |      |       |       |
|                               |    |    |    |      |      |      |       |       |

### 2. 家庭收入信息（上一自然年度）

| 家庭成员收入<br>基本情况 | 关系 | 姓名 | 工资性收入<br>(元) | 经营净收入<br>(元) | 财产性收入<br>(元) | 转移性收入<br>(元) | 其他<br>可支配收入<br>(元) | 合计 |
|----------------|----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|----|
|                | 本人 |    |              |              |              |              |                    |    |
|                |    |    |              |              |              |              |                    |    |
|                |    |    |              |              |              |              |                    |    |
|                |    |    |              |              |              |              |                    |    |
|                | 合计 |    |              |              |              |              |                    |    |

备注：1. 工资性收入指就业人员通过各种途径得到的全部劳动报酬。包括所从事的主要职业及第二职业、其他兼职和零星劳动得到的工资、薪金、加班费、各种奖金、各种津贴、稿酬等收入。

2. 经营净收入指从事生产经营活动获得的净收入。主要包括个体工商户的生产、经营所得，对企事业单位的承包经营、承租经营所得，转包等收入；从事种植、养殖等农副生产劳动获得的纯收入的总和等。

3. 财产性收入指家庭拥有的动产、不动产所获得的收入。主要包括利息股息、红利所得，集体分配股息和红利，财产租赁所得、财产转让所得、保险收益、彩票收益等收入。

4. 转移性收入指国家机关、企事业单位、社会团体及其他社会组织对居民家庭的各种转移支付和居民家庭间的收入转移。主要包括离退休金、养老保险金、失业保险金、辞退金、保险索赔、住房公积金、赠与和赡养等。

### 3. 家庭财产信息（申请日）

|                            | 关系            | 姓名 | 货币财产               |                    | 房 屋                    |                               |          |                       | 机动车辆            |          |
|----------------------------|---------------|----|--------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------|----------|-----------------------|-----------------|----------|
|                            |               |    | 现金及<br>银行存<br>款(元) | 有价证<br>券等市<br>值(元) | 产权人<br>姓名              | 建筑<br>面积<br>(m <sup>2</sup> ) | 购置<br>时间 | 房屋性质                  | 品牌<br>型号        | 购置<br>时间 |
| 家庭<br>成员<br>财产<br>基本<br>情况 |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            |               |    |                    |                    |                        |                               |          |                       |                 |          |
|                            | 货币财产<br>合计(元) |    |                    |                    | 房屋总面积(m <sup>2</sup> ) |                               |          | 房屋<br>合计<br>套数<br>(套) | 机动<br>车<br>辆(辆) |          |

### 4. 患重大疾病医疗费用支出情况（上一自然年度）

|                | 姓名 | 性别 | 医疗费用<br>总支出(元) | 其 中   |   |                               |              |                         |
|----------------|----|----|----------------|---|---|-------------------------------|--------------|-------------------------|
|                |    |    |                | 城镇职工基本医<br>疗保险或城镇居民<br>基本医疗保险、新<br>型农村合作医疗报<br>销金额(元) | 城乡居<br>民大<br>病保<br>险报<br>销金<br>额<br>(元) | 商业保<br>险报<br>销赔<br>付金<br>额(元) | 自费药<br>金额(元) | 合规医<br>疗费用<br>金额<br>(元) |
| 医疗<br>费用<br>情况 |    |    |                |   |   |                               |              |                         |
|                |    |    |                |   |   |                               |              |                         |
|                | 合计 |    |                |   |   |                               |              |                         |

## 5. 声明及授权

### 声明书（授权书）

本人郑重声明，上述登记的家庭基本情况和家庭经济状况、医疗费用支出情况属实。如有不实，愿停止申请或停止享受因病致贫家庭医疗救助，并承担相应法律责任。

上述资料如有变动，本人或本人家庭成员将向当地民政部门因病致贫家庭医疗救助管理机构主动报告。

同意北京市民政局和本人所提出申请的区县民政局向所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对本人家庭财产和家庭收入状况。本人亦同意所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构将所需资料和信息提供给北京市民政局或本人所提出申请的区县民政局。

特此声明。

声明人（家庭成员）签字：

本人承诺以下签名、指模、身份证号码均真实有效，如有虚假，本人愿意承担法律责任。

1. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

2. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

3. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

4. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

5. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

6. \_\_\_\_\_（指模 \_\_\_\_\_）身份证号码

核对工作人员签字：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

年 月 日

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签；代签的需由本人

按指模

附件 2:

## 西城区因病致贫家庭医疗救助申请表

街道名称:

社区居民委员会名称:

| 家庭成员基本情况 | 关系  | 姓名 | 性别 | 身份证号             | 户籍所在地 | 实际居住地 | 患病病种 | 上一自然年度内总收入(元) | 上一自然年度内因病医疗费用总支出(元)     | 其 中                                   |                 |             |         |               | 资金发放银行帐号 | 联系电话 |  |
|----------|---|----|----|------------------|-------|-------|------|---------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------|-------------|---------|---------------|----------|------|--|
|          |   |    |    |                  |       |       |      |               |                         | 城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗报销金额(元) | 城乡居民大病保险报销金额(元) | 商业保险赔付金额(元) | 自费金额(元) | 自付合规医疗费用金额(元) |          |      |  |
|          |   |    |    |                  |       |       |      |               |                         |                                       |                 |             |         |               |          |      |  |
|          |   |    |    |                  |       |       |      |               |                         |                                       |                 |             |         |               |          |      |  |
|          |   |    |    |                  |       |       |      |               |                         |                                       |                 |             |         |               |          |      |  |
| 家庭人口(人)  |   |    |    | 上一自然年度内家庭年总收入(元) |       |       |      |               | 上一自然年度内家庭成员因病医疗费用总支出(元) |                                       |                 |             |         |               |          |      |  |
| 申请理由     | <p style="text-align: center;">申请人签字: _____ 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> |    |    |                  |       |       |      |               |                         |                                       |                 |             |         |               |          |      |  |

附件 3:

## 西城区因病致贫家庭医疗救助 申请材料补正通知书

XXX: 您好!

我们于 年 月 日收到您提交的 申请材料。经审核,该申请中有如下材料欠缺或表达不清,请您在收到本补正通知书之日起 5 个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的,视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

1. ....。

2. ....。

3. ....。

(盖章)

年 月 日

说明:

1. 该文书适用于在申请因病致贫家庭医疗救助时材料欠缺情形;
2. 该文书由街道使用。

附件 4:

## 西城区因病致贫家庭医疗救助审批表

街道名称:

社区居民委员会名称:

| 家庭成员基本情况                               | 关系                | 姓名 | 性别 | 身份证号                                   | 户籍所在地 | 实际居住地 | 患病病种                    | 上一自然年度内总收入 (元)                     | 上一自然年度内因病医疗费用总支出 (元)                   | 其 中              |                |  |                |                                    | 联系电话 |
|--|-------------------|----|----|--|-------|-------|-------------------------|------------------------------------|--|------------------|----------------|--|----------------|------------------------------------|------|
|  |                   |    |    |  |       |       |                         |                                    | 城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗报销金额 (元) | 城乡居民大病保险报销金额 (元) | 商业保险报销赔付金额 (元) | 自费金额 (元)                               | 自付合规医疗费用金额 (元) |                                    |      |
|  |                   |    |    |  |       |       |                         |                                    |  |                  |                |  |                |                                    |      |
|  |                   |    |    |  |       |       |                         |                                    |  |                  |                |  |                |                                    |      |
| 家庭人口 (人)                               | 上一自然年度内家庭年总收入 (元) |    |    | 上一自然年度内家庭成员因病医疗费用总支出 (元)               |       |       | 上一自然年度内家庭自付合规医疗费用总计 (元) |                                    |  |                  |                |  |                |                                    |      |
| 收支水平认定情况 (元/月)                         |                   |    |    | 家庭财产是否符合条件                             |       |       |                         | 因病致贫家庭医疗救助金额 (元)                   |  |                  |                |  |                |                                    |      |
| 街道社保所受理及调查情况                           |                   |    |    | 街道审核部门意见                               |       |       |                         | 街道主管领导意见                           |  |                  |                | 区民政局业务部门意见                             |                | 区民政局主管领导意见                         |      |
| 经办人签字 (盖章):                      年 月 日 |                   |    |    | 经办人签字 (盖章):                      年 月 日 |       |       |                         | 主管领导签字:                      年 月 日 |  |                  |                | 经办人签字 (盖章):                      年 月 日 |                | 主管领导签字:                      年 月 日 |      |

附件 5:

## 西城区因病致贫家庭医疗救助 不予批准决定书

文件号

XXX: 您好!

我们对您 年 月 日提交的关于西城区因病致贫家庭医疗救助的申请书和相关证明材料进行了调查核实。您目前的家庭生活状况不符合《关于开展因病致贫家庭医疗救助有关问题的通知（试行）》（西民发〔2015〕30号）的相关规定，对您申请因病致贫家庭医疗救助不予批准。具体理由是：

1.

2.

.....

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起 60 日内向西城区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到本决定书之日起六个月内向西城区人民法院提起行政诉讼。

西城区民政局

年 月 日

---

北京市西城区民政局办公室

2015年11月11日印发

---