

贵医保组办〔2022〕8号

---

## **关于转发池州市医疗保障局、池州市民政局 〈关于进一步完善依申请救助机制的通知〉 的通知**

各镇人民政府、街道办事处：

现将池州市医疗保障局、池州市民政局《关于进一步完善依申请救助机制的通知》（池医保秘〔2022〕78号）转发给你们，请认真贯彻落实。

贵池区医疗保障工作领导小组办公室

2022年11月9日

抄送：区民政局

# 池州市医疗保障局文件 池州市民政局

池医保秘〔2022〕78号

---

## 关于进一步完善医疗救助 依申请救助机制的通知

各县（区）医疗保障局、民政局，九华山风景区社会保障局：

为进一步完善医疗救助依申请救助机制，按照《安徽省医疗保障局 安徽省民政厅 安徽省财政厅 国家税务总局安徽省税务局 安徽省乡村振兴局关于建立健全困难群众医疗保障精准帮扶机制的通知》（皖医保秘〔2022〕78号）和《池州市人民政府办公室关于印发池州市健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干举措的通知》（池政办〔2022〕6号），现就做好有关工作通知如下：

### 一、依申请落实救助对象待遇

因病致贫重病患者，指因病导致刚性支出较大或收入大幅缩减，出现家庭人均年收入低于上年度户籍所在地居民人均可支配收入，且家庭人均年收入在扣减认定的因病刚性支出后低于户籍所在地年最低生活保障标准，同时家庭财产状况符合当地相关规定，年度内个人自付合规费用达到当地医疗救助起付线的人员。

## 二、救助范围

对因病致贫重病患者在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用给予相应救助。

## 三、救助办理流程

1. 凡认为符合因病致贫重病患者救助条件的个人均可向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出因病致贫重病患者救助申请；受申请人委托，村（居）民委员会或其他单位、个人可代为提交申请材料。

2. 申请因病致贫重病患者救助的对象应提出书面申请，并提交以下材料：（1）居民身份证或居民户口簿；（2）因病致贫重病患者救助申请书（内容包括：家庭收入及财产状况声明、家庭或个人遭遇困难情况说明等内容）；（3）家庭经济状况核对授权书；（4）医疗费用结算单；（5）其他佐证资料。

3. 申请人提供的申请材料齐全、符合要求的，乡镇人民政府（街道办事处）应当受理申请；申请人提供的申请材料不齐全或者不符合要求的，应当一次性告知申请人需要补全的材料；

不告知的，自收到申请材料之日起即为受理。委托代办的，委托代理人应及时将受理结果告知当事人。

4. 乡镇人民政府（街道办事处）自受理申请起2个工作日内，在村（居）民委员会协助下，开展家庭经济状况核对、入户调查、民主评议，对经核对、调查无异议的，不再组织民主评议。经核查符合救助条件的个人，由村（居）民委员会公开公示2天。无异议的，自公示结束起2个工作日内报县级民政部门确认。经核查不符合救助条件的，由乡镇人民政府（街道办事处）在3个工作日内通知申请人或者其代理人并告知原因。

5. 县级民政部门负责对因病致贫重病患者救助人员身份认定，应于2个工作日内完成材料审查和审核确认。县级民政部门应当在做出予以认定决定后的5个工作日内，将因病致贫重病患者基本信息录入安徽省（池州）社会救助大数据平台，并同步向乡镇人民政府（街道办事处）及县级医保部门推送，并由乡镇人民政府（街道办事处）上报申请材料至县级医保部门。不予认定的，县级民政部门应当在作出决定后的3个工作日内，通过乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人或者其代理人并说明理由。

6. 县级医保部门负责对因病致贫重病患者救助对象的个人自付合规医疗费用进行复核，应于5个工作日内完成费用复核确认，对超过因病致贫重病患者起付线以上的合规医疗费用按规定给予救助。

### 三、工作要求

（一）加强组织领导。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，建立健全防范和化解因病致贫长效机制，确保困难群众基本医疗有保障。各地要切实加强组织领导，明确任务分工，层层落实责任，周密部署安排，精心组织实施，确保政策落地见效。

（二）加强部门协同。医保、民政部门要加强协同合作，各司其职、各负其责。医疗保障部门要统筹推进医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策；民政部门要做好因病致贫重病患者认定和信息共享。

（三）加强监督管理。各级民政、医保部门加强因病致贫重病患者认定和救助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。

附件：池州市医疗救助依申请救助审批表

池州市医疗保障局

池州市民政局

2022年11月7日

附件

## 池州市医疗救助依申请救助审批表

户主姓名		身份证号码				对象类别	因病致贫重病患者
患者姓名		性别		年龄			
患者身份证号码					与户主关系		
家庭住址					联系方式		
申请理由							
疾病名称	总医疗费用（元）		医保等报销总金额（元）		自付费用金额（元）		
申请人或代理人签字：				申请日期： 年 月 日			
乡镇人民政府 (街道办事处) 初审意见	经办人：		分管领导：		年 月 日		
民政部门 审核意见	经办人：		分管领导：		年 月 日		
医保部门 审核意见	经办人：		分管领导：		年 月 日		
备注							

