

上海市青浦区朱家角镇人民政府文件

青朱府〔2023〕3号

关于印发《青浦区朱家角镇大病帮扶 专项资金实施办法》的通知

各村、居：

为了帮助大病患者和家属渡过难关，更好地开展“献爱心送温暖”活动，切实保障人民的基本医疗需要，防止因病致贫、因病返贫，依据上海市城镇职工基本医疗保险办法、上海市城乡居民基本医疗保险办法、上海市慈善基金会章程规定，结合青西三镇贫困人员财政直补政策，特制定《青浦区朱家角镇大病帮扶专项资金实施办法》。

一、帮扶的对象和范围

（一）帮扶对象

1. 具有朱家角镇户籍的全镇居民。
2. 因政策因素，外省市户籍人员婚入，户口不能迁入本镇

户籍的外来配偶及其子女(本市户籍人员婚入,户口未迁入本镇的不可享受)。

3. 无婚姻关系,但因“其他亲属”关系,户籍迁入本镇的,自迁入一年后享受该实施办法待遇。

(二) 帮扶范围

1. 医疗总费用自负金额扣除医疗救助、大病商保、青西三镇大额医疗补助等各类补助,超过贰万元以上的部分。

2. 享受民政部门最低生活保障的家庭(即:城乡低保户)、持证残疾人优先帮扶。

3. 对当年度的医疗费用自负金额扣除各类补助后仍超过10万元的特殊病例等列入一事一议,由领导小组商讨确定。

二、帮扶标准

(一) 帮扶额度

1. 一般帮扶对象。

可享受帮扶金额在50000元以下,补助30%;

50001元—100000元,补助35%;

100001元—150000元,补助45%;

150001元—200000元,补助50%;

200001元—250000元,补助55%;

250000元以上,补助60%。以上标准不实行分段计算。

2. 特殊帮扶对象。

(1) 民政部门确认的低保户家庭的病人,在一般帮扶对象

的帮扶比例上，增加 5 个百分点；

(2) 持证残疾人本人在一般帮扶对象的帮扶比例上，增加 10 个百分点，一户多残的残疾人医疗费用可以合并计算。

3. 夫妻双方若有一方患有上海市城乡居民大病保险规定的大病，则其夫妻双方的医疗费用可以合并计算。

4. 职保对象在一般帮扶对象的帮扶比例上减半补助。

5. 非政策因素，可参加但不参加任何医疗保险的大病病人，或在非职工基本医疗保险约定的医疗机构或商业药店就诊或购药的发票，在相应的帮扶比例上，减半补助。

(二) 最高限额

原则上，一般帮扶对象最高补助金额为壹拾万元，特殊帮扶对象最高补助金额为贰拾万元，特殊病例由领导小组商讨决定。

三、申报程序

(一) 符合条件的帮扶对象向村(居)委会申请，由村(居)委会初审合格后，经村(居)民代表讨论通过，由村(居)委员会主任签字盖章后送镇大病帮扶领导小组办公室(镇社区事务受理服务中心)。

(二) 申请时须提供的资料

1. 帮扶对象户口簿、身份证复印件，如是残疾人还应提供残疾证复印件。

2. 夫妻医疗费用合并计算的，需提供夫妻关系证明(结婚证)。

3. 大病帮扶家庭情况调查表。

4. 申请大病帮扶对象原则上凭医院发票原件，提供复印件的，请提供原件所存单位的待遇享受证明。

5. 申请对象承诺书。

(三) 大病帮扶对象的补助金额等均应在各村(居)委会的村(居)务公开栏及所在村(居)民小组公示5天以上，无异议、无举报、无失实，方可发放补助。

(四) 相关责任

帮扶对象应如实申报，签订承诺书。如果故意隐瞒或虚报事实，经举报查实，或调查核实，取消帮扶资格，追回帮扶资金，今后3年内不得再次申报大病帮扶项目。

四、其他说明

1. 本办法所指的医疗费用自负金额中的自费部分，参照商业发票标准减半处理。

2. 上海市职工基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目：如各种美容、整形治疗、矫形治疗、健美治疗、健康项目体检、试管婴儿等非疾病治疗项目，发生的医疗费用不得申请大病帮扶。

3. 因交通事故、工伤、酒后闹事、斗殴、自残等发生的医疗费用不得申请大病帮扶。

4. 申请大病帮扶对象须凭正规医疗机构发票。癌症等认定的大病病人确需到其他商业药店购药或非职工基本医疗保险约定的医疗机构就诊的，须凭上海市职工基本医疗保险定点医疗机构

医生开具的处方，否则不得申请大病帮扶。

五、本实施意见自二〇二二年一月一日起执行，有效期至二〇二四年十二月三十一日，以公历年度发票为单位计算。

六、本办法由朱家角镇大病帮扶领导小组办公室负责解释。
特此通知。

附件：承诺书

青浦区朱家角镇人民政府

2023年2月15日



附件：

承诺书

本人参加朱家角镇大病帮扶项目，已了解相关政策，保证如实上报在其他部门所享受的各类补助，提供全部材料均真实、合法、完整、有效，并自愿接受相关部门的调查。如若被发现存在以下一项或多项情况：

1. 未如实上报在其他部门所享受的各类补助；
2. 重复报销同笔医药发票；
3. 隐瞒、虚报事实；
4. 存在任何非法影响朱家角镇大病帮扶项目审核、调查、发放之行为的。

本人承诺自愿放弃本次大病补助项目，如若资金已发放，将在被查实通知的5个工作日内退回全部补助资金，并且在今后3年内不再申请朱家角镇大病帮扶项目。

承诺人：

时间： 年 月 日

(联系人： 王志强

联系电话： 13482817730)