

菏泽市民政局 菏泽市财政局 文件 菏泽市医疗保障局

菏民发〔2023〕11号

菏泽市民政局 菏泽市财政局 菏泽市医疗保障局关于印发《菏泽市因病致贫 重病患者认定办法（试行）》的通知

各县区民政局、财政局、医疗保障局，鲁西新区社会事业局、财政金融局：

现将《菏泽市因病致贫重病患者认定办法（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

菏泽市民政局

菏泽市财政局

菏泽市医疗保障局

2023年4月23日

(此件主动公开)

菏泽市因病致贫重病患者认定办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范我市因病致贫重病患者认定工作，根据《山东省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》、《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》等文件规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 具有我市户籍，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，其家庭收入、家庭财产和生活状况符合当地因病致贫重病患者条件的，经本人申请，按照程序认定为因病致贫重病患者。

第三条 因病致贫重病患者认定工作应遵循以下原则：

- （一）属地管理，分级负责；
- （二）优化服务，高效便民；
- （三）公开、公平、公正、公信。

第四条 县级及以上人民政府民政和医保部门协同配合，负责统筹本行政区域内因病致贫重病患者认定、救助工作。乡镇人民政府（街道办事处）〔以下简称乡镇（街道）〕参照最低生活保障办理程序承接县（区）按程序委托的审核确认权限，承担因病致贫重病患者认定申请的受理、审核、确认等工作，县级民政、医保部门加强监督指导。村（居）民委员会协助做好相关工作。

第二章 认定条件

第五条 申请因病致贫重病患者，应未纳入最低生活保障、特困人员救助供养、最低生活保障边缘家庭、返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象等救助范围，且同时满足以下条件：

（一）患者本人在我市参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险。

（二）提出申请前 12 个月内，政策范围内个人负担费用超过当地上年度城镇或者农村居民人均可支配收入，家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入低于当地城乡低保月标准的 2 倍，且不超过当地月最低工资标准。

（三）家庭财产符合当地低保边缘家庭财产相关规定。

第六条 政策范围内个人负担费用是指患者在定点医药机构就医发生的住院费用、门诊慢特病费用（包括参照住院和门诊慢特病管理单独支付的药品费用），经基本医保、大病保险（含职工大额医疗补助，下同）等报销后政策范围内个人自付部分，以及基本医保、大病保险年度起付线以下和最高支付限额以上的费用。

第七条 共同生活家庭成员、家庭收入及核算认定参照《菏泽市最低生活保障管理办法》有关规定，但在家庭收入核算时，对于因患重病增加的刚性支出项目，不得重复扣减。家庭财产认定参照《菏泽市最低生活保障边缘家庭认定办法》有关规定，但

允许拥有评估价值不超过当地年城镇低保标准 3 倍的机动车辆。家庭收入认定和家庭财产状况中，原则上不纳入低保、低保边缘家庭的情形，适用于因病致贫重病患者认定。

第三章 申请受理

第八条 申请因病致贫重病患者，应当由患者本人作为申请人，向其户籍所在地乡镇（街道）提出书面申请；实施网上申请受理的地方，可以通过互联网提出申请。

患者本人申请有困难的，可以由共同生活的家庭成员代为申请，也可以由患者本人或共同生活的家庭成员委托村（居）委会或者其他人员代为申请。委托申请的，应当办理相应委托手续。

第九条 申请材料主要包括：户口簿、身份证等证件，已实行证明事项告知承诺制的可不提供相关证明材料；患者出院记录（出院小结、病历首页）、结算单据、医疗费用发票的原件及复印件；按规定填写《因病致贫重病患者申请审核确认表》，承诺所提供信息真实、完整。

第十条 乡镇（街道）应当对提交的材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应当一次性告知补齐所有规定材料。可以通过国家或省政务服务平台、省社会救助家庭经济状况核对系统查询获取的材料，不要求当事人提交。医保部门提供参保患者医疗费用医保支付情况。

第十一条 在因病致贫重病患者申请审核过程中发现共同

生活的家庭成员有下列行为之一的，乡镇（街道）可以中止（终）审核确认程序：

（一）拒绝配合经办机构或者经办人员对其家庭状况进行调查，致使无法核实家庭收入和财产的；

（二）故意隐瞒家庭及其法定赡养、抚养、扶养人家庭人口、收入、财产和因病支出状况，或者提供虚假申请材料的；

（三）县（区）民政、医保部门规定不得获得因病致贫重病患者资格的其他情形。

第四章 审核确认

第十二条 乡镇（街道）应当自受理申请之日起 10 个工作日内，对申请人家庭经济状况、罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险（包括基本医疗保险、大病保险等）支付情况和实际生活情况等予以调查核实，民政部门根据调查结果核算其家庭人均收入水平及核查财产状况，医保部门提供申请人前 12 个月的医疗支出和政策范围内个人负担金额，乡镇（街道）根据民政和医保部门的审核结果提出审核意见。村（居）委会应当协助乡镇（街道）开展调查核实。

第十三条 申请人共同生活的家庭成员户籍所在地与经常居住地不一致的，受理申请的乡镇（街道）可以委托申请人家庭成员居住地乡镇（街道）调查核实。受委托的乡镇（街道）应当自收到委托之日起 10 个工作日内完成调查核实，将评估材料送

交受理申请的乡镇（街道）。

第十四条 调查申请人家庭经济状况可采取信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证、行业评估、支出推算等方式进行，具体要求参照《菏泽市最低生活保障管理办法》有关规定。申请人家庭罹患重特大疾病情况、医疗费用支出情况、医疗保险支付情况可采取医保部门直接系统查询的方式提供。

第十五条 经家庭经济状况信息核对，不符合因病致贫重病患者条件的，乡镇（街道）应当及时告知申请人。申请人对核对结果有异议的，应当在 15 日内提供相关佐证材料；乡镇（街道）应当自收到佐证材料起 10 个工作日内进行复查。对同一家庭，30 日内原则上不重复调查；对同一家庭多次调查，以最近一次调查结果为准。

第十六条 乡镇（街道）对拟确认为因病致贫重病患者的，在申请家庭所在村、社区进行公示，公示期为 7 天，公示应当依法保护个人隐私，不得公示无关信息。公示期满无异议的，应当在 3 个工作日内予以确认同意，发放确认通知书。对公示有异议的，乡镇（街道）应当对申请人家庭重新组织调查核实，视情开展民主评议，在 10 个工作日内提出审核意见，并重新公示。

第十七条 对不符合条件的申请不予确认同意，乡镇（街道）应在作出决定 3 个工作日内书面告知申请人并说明理由。

第十八条 因病致贫重病患者审核确认工作应当自受理之日起 20 个工作日之内完成；特殊情况下，可以延长至 30 个工作日。各县区可在规定时限内对因病致贫重病患者审核确认程序作

出进一步调整优化。

第十九条 合理认定城市与农村因病致贫重病患者。对于拥有承包土地或者参加农村集体经济收益分配的家庭，一般按农村因病致贫重病患者家庭认定。

第二十条 未经申请受理、家庭经济状况调查、审核确认等程序，不得将任何人直接认定为因病致贫重病患者。

第二十一条 被认定为因病致贫重病患者的，以做出审核确认决定之日为准。

第二十二条 因病致贫重病患者身份认定一次有效，针对自申请之月前 12 月产生的个人负担费用，由医保部门按规定落实医疗救助待遇。

第五章 监督管理

第二十三条 各县区民政部门应当会同有关部门建立健全因病致贫重病患者信息共享、主动发现工作机制，为乡镇(街道)开展因病致贫重病患者认定工作提供支持。

第二十四条 乡镇(街道)应当做好因病致贫重病患者认定工作资料归类、建档工作，健全因病致贫重病患者档案管理制度，有条件的地方应当建立电子档案。

第二十五条 县级以上人民政府民政、医保、财政部门应当加强因病致贫重病患者认定、救助和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。

第二十六条 相关工作人员在履行因病致贫重病患者认定职责过程中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的经办人员可依法依规免于问责。

第六章 附 则

第二十七条 各县区可以根据本办法，结合本地实际制定具体操作实施细则。

第二十八条 本办法由市民政局、市医保局负责解释，自2023年5月1日起施行，有效期至2025年4月30日。此前相关管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：1. 因病致贫重病患者申请审核确认表（样表）
2. 因病致贫重病患者审核公示（样表）
3. 因病致贫重病患者确认通知书（样表）
4. 不予批准因病致贫重病患者告知书（样表）

附件1

因病致贫重病患者申请审核确认表（样表）

| | | | | | | | | | |
|------------|--|------|------|---------|------|------|------|----------|---------|
| 申请人姓名 | | | | 居民身份证号码 | | | | | |
| 性别 | | 出生日期 | | 民族 | | | | 婚姻状况 | |
| 健康状况 | | 劳动能力 | | | 学业状况 | | | 就业状况 | |
| 联系方式 | | | | 文化程度 | | | | 共同生活家庭成员 | 人 |
| 户籍地 | _____省_____市_____县（市、区）_____乡镇（街道）_____村（社区） | | | | | | | | |
| 居住地 | _____省（区/市）_____市（州）_____县（市、区）_____乡镇（街道） _____村（社区） | | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | | | 与申请人关系 | | | | 代理人联系电话 | |
| 共同生活家庭成员情况 | 姓名 | 民族 | 劳动能力 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况 | 就业状况 | 月收入（元） | 居民身份证号码 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| 非共同生活赡养抚养人情况 | 姓名 | 民族 | 劳动能力 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况 | 就业状况 | 家庭人均月收入(元) | 居民身份证号码 |
|--------------|---|--|------|--------|------|------|------|------------|---------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 家庭收入支出情况 | 家庭月收入(元) | 元 | | | 大病病种 | | | | |
| | 近12个月医疗支出金额(元) | 总花费_____元。其中,经基本医疗保险报销_____元、大病保险报销_____元、其他补充医疗保险报销_____元、商业健康保险赔付_____元。 | | | | | | | |
| 家庭财产情况 | 1. 银行存款: _____元。 2. 有价证券: _____元。 3. 债权: _____元。 4. 房产: 房屋地址_____, 建筑面积_____m ² , 房屋性质_____, 房屋来源_____, 购(建)房时间_____年____月。 5. 机动车: 车主姓名_____ 车型_____ 车牌号_____, 排气量_____, 购买时间_____年____月, 购买金额_____元。 6. 机动船舶: 船主姓名_____ 船型_____ 船牌号_____, 排气量_____, 购买时间_____年____月, 购买金额_____元。 7. 其他财产: 8. 家庭主要支出情况: 支出项目名称_____, 支出金额_____元。 备注: 上述财产或支出有两种及以上情况的可根据实际自行增添。 | | | | | | | | |

山东省社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书

本人姓名：_____，身份证号_____，现申请因病致贫重病患者认定。

本人及家庭成员（含具有法定赡养、抚养、扶养义务关系的非共同生活的家庭成员，下同）郑重承诺，上述表格中所填报的内容真实、准确、完整，愿意接受社会救助管理部门的调查并承担相应的法律责任。

本人及家庭成员授权社会救助经办机构及各级社会救助家庭经济状况核对机构在本家庭申请及获得社会救助期间，通过但不限于教育、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、自然资源、住房城乡建设、农业农村、卫生健康、退役军人、应急、市场监管、医保、税务、工会、共青团、残联、妇联等单位以及银行、证券、保险等金融机构，查询、核对本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息。本人及家庭成员亦同意所有涉及本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息的单位、机构将相关信息提供给社会救助经办机构和核对机构。

申请人或委托代理人签名（按捺指纹）：

年 月 日

备注：1. 有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当由委托代理人签字并按捺指纹，无书写能力的申请人应当由有书写能力的委托代理人代签并按捺本人指纹。2. 本诚信承诺及核对授权书一式一份，由乡镇人民政府（街道办事处）保管，作为开展社会救助家庭经济状况核查比对的依据并存档。

以上部分由申请人填写，以下部分由工作人员填写

| | | |
|------|---------------------------------|---|
| 核算情况 | 扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入是 | 元 |
|------|---------------------------------|---|

| | | | |
|----------------------|---|--|--------|
| 调查 核实 情况 | 经调查核实，申请人家庭收入、家庭财产和生活状况 符合 <input type="checkbox"/> /不符合 <input type="checkbox"/> 因病致贫重病患者条件。 调查核实人员签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div> | | |
| | 公开 公示 | 有异议 <input type="checkbox"/> 无异议 <input type="checkbox"/> | 异议核实情况 |
| 乡镇 街道 审核 意见 | 经调查、审核、公示无异议，同意将_____乡镇（街道）_____村（社区）_____认定为因病致贫重病患者。 <div style="text-align: right;"> 盖章 年 月 日 </div> | | |
| | 经办人 | _____ | 负责人 |
| 开户银行 | _____ | 银行卡账号 | _____ |

填表说明：1. 婚姻状况填写以下分类：（1）未婚；（2）已婚；（3）丧偶；（4）离婚。

2. 健康状况填写以下分类：（1）健康或良好；（2）一般或较弱；（3）重病。

3. 劳动能力填写以下分类：（1）有劳动能力；（2）部分丧失劳动能力；（3）完全丧失劳动能力；（4）无劳动能力。

4. 学业状况填写以下分类：（1）在读；（2）毕业；（3）肄业；（4）结业；（5）

休学。

5. 就业状况填写以下分类：（1）在职人员；（2）登记失业人员；（3）无就业人员（原未登记失业人员）；（4）灵活就业人员；（5）离退休人员；（6）务农人员；（7）务工人员；（8）在读人员；（9）非法定年龄就业状况。

6. 文化程度填写以下分类：（1）文盲或半文盲；（2）博士研究生；（3）硕士研究生；（4）大学本科；（5）大学专科或专科学校；（6）中等专业学校或中等技术学校；（7）技工学校；（8）高中；（9）初中；（10）小学；（11）幼儿园；（12）学龄前；（13）特殊教育。

7. 病种填写以下分类：（1）血液类重病；（2）肿瘤类重病；（3）肝类重病；（4）免疫类重病；（5）传染类重病；（6）心脑血管类重病；（7）心脏类重病；（8）肾病类重病；（9）器官移植类重病；（10）内分泌类重病；（11）神经类重病；（12）其他重病。

8. 近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

9. 与申请人的关系：（1）配偶；（2）子/婿；（3）女/媳；（4）孙子女/外孙子女；（5）父母/岳父母/公婆；（6）祖父母/外祖父母；（7）兄弟姐妹；（8）其他。

10. 有价证券：包括股票、债券及基金证券、可转换证券等衍生品种。

11. 房屋性质填写以下分类：（1）自有私房；（2）租用公房；（3）租用私房；（4）临时搭建房；（5）借住房。

12. 房屋来源：（1）自购房；（2）自建房；（3）回迁房；（4）承租公房。

13. 该表格样式供参考，各地可结合当地实际情况调整完善。

附件 2

因病致贫重病患者审核公示（样表）

经申请、审核，拟认定_____村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为 7 天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。

公示时间：_____年___月___日至_____年___月___日

乡镇（街道）举报电话：_____

盖章

年 月 日

| 序号 | 家庭所在村（社区） | 拟认定人姓名 | 备注 |
|----|-----------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

因病致贫重病患者确认通知书（样表）

（_____年第_____号）

_____乡镇（街道）_____村（社区）_____先生/女士：

经您或您家庭成员_____申请，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》等规定，乡镇人民政府（街道办事处）对您家庭的人口、收入、财产、实际生活等状况及资料进行了调查和审核。经审核、公示无异议，现正式告知您已被确认为我乡镇（街道）因病致贫重病患者。

特此通知。

乡镇（街道）联系电话：_____

盖章

年 月 日

申请人已签收本通知书。

送达人：_____

见证人：_____

日 期：_____年____月____日

申请人未当面签收本通知书，但送达人已口头告知。

送达人：_____

见证人：_____

无法签收事由： _____
日期： _____年____月____日

备注：

1. 该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。
2. 申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。
3. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。
4. 本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇(街道)存档。

因病致贫重病患者不予批准告知书（样表）

（_____年第_____号）

_____乡镇（街道）_____村（社区）_____先生/女士：

您于_____年_____月_____日提交因病致贫重病患者申请，经调查审核，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》等文件规定，您因

家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入为_____元/月，超过本县（市、区）低保月标准的 2 倍（城乡低保标准为_____元/月），或虽然低于低保标准的 2 倍但超过当地月最低工资标准（标准为元/月）。

家庭财产状况或实际消费水平不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为：_____。

不予批准，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

乡镇（街道）联系电话：_____

盖章

年 月 日

申请人已签收本告知书。

送达人： _____

见证人： _____

日期： _____年____月____日

申请人拒绝或未当面签收本告知书，但送达人已口头告知。

送达人： _____

见证人： _____

无法签收或拒收事由： _____

日期： _____年____月____日

备注：

1. 该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。
2. 申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。
3. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。
4. 本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档。

