

宣城市宣州区民政局  
宣城市宣州区财政局  
宣城市宣州区残疾人联合会

文件

宣区民办〔2020〕53号

关于印发《宣州区2020年度困难残疾人  
生活补贴和重度残疾人护理补贴  
实施办法》的通知

各乡镇人民政府、街道办事处：

现将《宣州区2020年度困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



抄送：市民政局

# 宣州区2020年度困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴实施办法

区民政局

区财政局

区残联

根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》（国发〔2015〕52号）、《省委省政府办公厅关于促进残疾人家庭增收加快实现小康步伐的意见》（皖办发〔2014〕25号）以及安徽省人民政府关于2020年实施民生工程的通知等文件精神，结合我区实际，制定本实施方案。

## 一、目标任务

以加快推进残疾人小康进程为目标，从残疾人最直接最现实最迫切的需求入手，着力解决残疾人因残疾产生的额外生活支出和长期照护支出困难。做到制度全面覆盖，应补尽补，确保残疾人两项补贴制度覆盖所有符合条件的残疾人，建立起家庭善尽义务、社会积极扶助、政府积极保障的责任共担格局。

## 二、实施内容

### （一）补贴范围

1、困难残疾人生活补贴范围指具有宣州区户籍的最低生活保障对象、建档立卡贫困户中持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在四级以上（含四级）的残疾人。

2、重度残疾人护理补贴范围指具有宣州区户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》，残疾等级被评定为一级、二级且需要长期照护的重度残疾人。

3、符合条件的残疾人可同时申领困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。既符合残疾人两项补贴条件，又符合老年、因公致残、离休等生活、护理补贴（津贴）条件的残疾人，可择高申领其中一类生活、护理补贴（津贴）。享受孤儿基本生活保障政策的残疾儿童不享受困难残疾人生活补贴，可享受重度残疾人护理补贴。领取工伤保险生活护理费、纳入特困供养保障的残疾人不享受困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。残疾人两项补贴不记入最低生活保障家庭收入。

4、生活困难、靠家庭供养且无法单独立户的成年无业重度残疾人，经个人申请，可按照单人户纳入最低生活保障范围和困难残疾人生活补贴范围。

## **（二）补贴标准**

1、困难残疾人生活补贴标准为：一级、二级残疾人为每人每年 800 元；三级、四级残疾人为每人每年 400 元。

2、重度残疾人护理补贴标准为每人每月 60 元。

## **（三）资金筹集**

1、困难残疾人生活补贴所需资金，由省、区财政按 6:4 比例共同分担。

2、重度残疾人护理补贴所需资金，由区纳入年度预算，自

行承担。

3、区民政局、财政局、残联联合健全资金拨付机制，加快预算执行进度，推进残疾人两项补贴政策落实。

#### **（四）申领程序**

1、残疾人两项补贴由本人或其法定监护人向户籍所在地的乡（镇）政府或街道办事处提出申请。填写《困难残疾人生活补贴审核表》、《重度残疾人护理补贴审核表》，以下简称《审核表》。

（见附件 1、2），同时提供居民身份证或户口本、残疾人证及复印件，贫困残疾人同时提供困难证明及复印件，个人申请确有困难的，可委托他人或由所在的村（居）民委员会代为申请。

2、乡镇（街道）依托社会救助“一门受理、协同办理”机制，受理申请并对身份、残疾等级、困难证明等进行初审。初审应在 10 个工作日内完成，对符合条件的，在《审核表》上签署意见。对初审不符合条件的，要书面通知申请人，并告知原因。初审结果在申请人所在的村（居）民委员会的公示栏和村民小组、社区醒目位置公示 7 天以上。无异议后报区残联审核。

3、初审合格材料报送区残联进行审核，区残联接到申请材料后，应在 10 个工作日内完成对申报对象材料的相关审核工作，重点对残疾人证和残疾等级予以审核。经审核符合条件的，在审核表上签署意见，并填写《困难残疾人生活补贴审核汇总表》（附件 3）、《重度残疾人护理补贴审核汇总表》（附件 4）报区民政局审定。对不符合条件的，要书面通知乡镇（街道），由乡镇（街

道)书面告知(含原因)申请人。

4、区民政局可采取书面核查、实地抽查等形式对乡镇(街道)申报对象按月进行审定,不符合条件的书面通知乡镇(街道)和区残联。补贴资格审定合格的残疾人自递交申请当月计发补贴,由区民政局、区残联报区财政局申请拨付资金,区财政局将资金按月打卡发放至补贴对象在金融机构开设的银行账户。困难残疾人生活补贴注明“残生活补”、重度残疾人护理补贴注明“重残护补”。

### 三、保障措施

**(一)明确部门职责。**民政局负责对经残联审核合格的补贴对象汇总花名册进行审定,并对补贴对象低保、贫困等情况进行审核,做好补贴发放监督管理等工作。残联组织要严格残疾人证发放管理,严把残疾等级关,做好相关审核工作。财政局要加强对两项补贴资金的管理使用,确保专款专用。

**(二)实行动态管理。**各乡镇、街道办事处要建立健全动态管理机制,全面运行全国残疾人两项补贴信息系统,建立完善两项补贴对象档案,做到一人一档。补贴对象死亡或迁出本省的、困难程度变化不再符合相应条件的,及时停发困难残疾人生活补贴。因医学治疗或康复训练后残疾程度减轻达不到重度残疾标准的,及时停发重度残疾人护理补贴,确保残疾人两项补贴精准实施。

**(三)强化监督考核。**建立健全绩效考评机制,加大对残疾

人生活补贴和护理补贴制度的督促检查力度。健全责任追究机制，对挤占、挪用、套取资金等违规违纪违法行为的，按规定严肃处理。

附件：1、困难残疾人生活补贴审核表

2、重度残疾人护理补贴审核表

3、困难残疾人护理补贴审核汇总表

4、重度残疾人护理补贴审核汇总表

附件1

困难残疾人生活补贴申请审核表

姓 名		性别		民族		照 片
残疾人证号码						
申请人姓名		联系电话				
详细居住地址	县（市、区）            乡（镇、街道）					
户名/开户行			账 号			
残疾类型			残疾等级			
乡镇（街道）  初审意见	经办人：                            电话：                            年    月    日（盖章）					
县（区）残联  审核意见	经办人：                            电话：                            年    月    日（盖章）					
县（区）民政  审定意见	经办人：                            电话：                            年    月    日（盖章）					
补贴发放日期		发放标准		元	停发日期	

动态 审核 记录	乡镇（街道）初审	县（区）残联审核	县（区）民政审定
	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。
	（盖章）  年 月 日	（盖章）  年 月 日	（盖章）  年 月 日
	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。
	（盖章）  年 月 日	（盖章）  年 月 日	（盖章）  年 月 日

<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>困难残疾人生活补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>困难残疾人生活补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>困难残疾人生活补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>
---	---	---

## 附件2

## 重度残疾人护理补贴申请审核表

姓 名		性别		民族		照 片
残疾人证号码						
申请人姓名		联系电话				
详细居住地址	县（市、区）      乡（镇、街道）					
户名/开户行			账 号			
残疾类型			残疾等级			
乡镇（街道）						
初审意见	经办人：                      电话：                      年    月    日（盖章）					
县（区）残联 审核意见	经办人：                      电话：                      年    月    日（盖章）					
县（区）民政 审定意见	经办人：                      电话：                      年    月    日（盖章）					
补贴发放日期		发放标准		元	停发日期	

动态 审核 记录	乡镇（街道）初审	县（区）残联审核	县（区）民政审定
	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。
	(盖章)	(盖章)	(盖章)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从  年 月 日起至  年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。
	(盖章)	(盖章)	(盖章)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>重度残疾人护理补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>重度残疾人护理补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>经审核，同意从</p> <p>年 月 日起至</p> <p>年 月 日享受</p> <p>重度残疾人护理补贴。</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>
---	---	---

困难残疾人生活补贴审核汇总表

民政：（盖章）

残联：（盖章）

姓名	性别	居住地址	残疾类型等级	困难类型	补贴标准	银行账号	补贴对象 电 话	备注

重度残疾人护理补贴审核汇总表

民政：（盖章）                      残联：（盖章）

姓名	性别	居住地址	残疾类型及等级	补贴标准	银行账号	补贴对象 电 话	备 注