

江苏省民政厅文件

江苏省慈善总会

苏民慈社〔2023〕28号

关于印发江苏省困难家庭儿童重特大病 慈善救助实施细则的通知

各设区市、县（市、区）民政局、慈善（总）会：

根据《关于江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助的实施意见》（苏民规〔2013〕4号）精神，省民政厅、省慈善总会联合制定《江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



(此件为依申请公开)

江苏省困难家庭儿童重特大疾病 慈善救助实施细则

为充分发挥慈善救助在社会保障体系中的积极作用，促进少年儿童健康成长，切实缓解我省困难家庭重特大疾病患儿的医疗费用负担，有力有序推进我省儿童大病慈善救助工作，根据《关于江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助的实施意见》（苏民规〔2023〕4号）精神，制定本细则。

一、救助对象、条件

具有本省户籍、18周岁以下（含18周岁）、患重特大疾病、参加基本医保的下列对象可以申请救助：

- （一）孤儿（含弃婴）；
- （二）事实无人抚养儿童；
- （三）低保对象、特困人员、低保边缘家庭、支出型困难家庭中的儿童；
- （四）其他符合救助条件的困难家庭儿童。具体是指：
 1. 由户籍所在地县（市、区）民政部门认定的其他家庭经济困难儿童；
 2. 家庭经济困难且父亲或母亲为持有残疾人证的一级、二级重度残疾人或三级智力残疾人、三级精神残疾人的儿

童；

3. 家庭经济困难的重病重残困境儿童。

二、救助病种

（一）儿童血液病；

（二）先天性心脏病；

（三）尿毒症；

（四）恶性肿瘤；

（五）个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入、农村居民年人均纯收入的罕见病。

三、资金来源

（一）财政预算资金；

（二）福利彩票公益金；

（三）慈善组织募集的善款；

（四）其他合法来源。

四、救助标准

（一）根据受助患儿家庭经济状况对个人合规医疗费用自付部分分类给予救助。合规医疗费用自付部分是指患儿住院和门诊合规医疗总费用扣除基本医保、大病保险、医疗救助、商业补充保险及其他社会救助等余下的金额，原则上依据票据认定。具体标准如下：

1. 孤儿（含弃婴）、事实无人抚养儿童合规医疗费用自付部分由省、市、县（市、区）慈善救助资金资助100%。

2. 低保对象、特困人员合规医疗费用自付部分由省、市、县（市、区）慈善救助资金资助80%。

3. 低保边缘、支出型困难和其他符合救助条件的困难家庭儿童合规医疗费用自付部分由省、市、县（市、区）慈善救助资金资助60%。

（二）省级儿童大病慈善救助资金中的慈善募集款优先救助患儿合规医疗费用自付部分，有结余的情况下对患儿高额医疗费用实施救助。具体救助办法是：对经本项目救助后，年度实际医疗费用自负金额（患儿住院和门诊总费用扣除基本医保、大病保险、医疗救助、商业补充保险其他社会救助等余下的金额）超5万元的救助对象实施二次救助，优先救助孤儿（含弃婴）、事实无人抚养儿童。每年12月，形成救助方案报省慈善总会会长办公会议研究决定，当月按照救助程序拨付救助资金。

五、资金筹集及承担比例

儿童大病慈善救助资金由省、市、县（市、区）三级慈善救助资金共同承担，省级慈善救助资金承担资助总金额的70%。

省级慈善救助资金由福利彩票公益金、慈善募集款组

成，其中慈善募集款按不低于福利彩票公益金总额的40%投入。

各地可参照省级做法，采取财政资金（含福利彩票公益金）、慈善募集款按比例投入办法，筹集儿童大病慈善救助资金。对慈善救助资金实行专门管理、专款专用。

六、申请程序

（一）患儿监护人提出救助申请，经户籍所在乡（镇、街道）调查核实、签署意见后，向县（市、区）慈善总会提出申请，并提供如下材料，一式三份：

1. 个人信息及经济状况材料。除“经济状况证明”每年首次申请时都需提交外，其他材料仅在首次申请时提供：

（1）《江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助申请表》（见附件1，以下简称《申请表》）。

（2）家庭户口本和监护人身份证复印件。

（3）经济状况证明。孤儿（含弃婴）、事实无人抚养儿童、低保对象、特困人员，低保边缘家庭、支出型困难家庭中的儿童提供民政部门出具的相应类别困难证明（格式参照附件2-1）。其他符合救助条件的儿童，由户籍所在地县（市、区）民政部门认定的其他家庭经济困难儿童，出具民政部门盖章的困难证明（格式参照附件2-2）；父母为重残、家庭经济困难的儿童，提供残疾证复印件和户籍所在地

村（社区）出具的家庭经济困难情况说明（格式参照附件2-3）；家庭经济困难的重病重残困境儿童提供民政部门出具的困境儿童证明（格式参照附件2-1）和户籍所在地村（社区）出具的家庭经济困难情况说明（格式参照附件2-3）。

（4）患儿免冠照片。

2. 救助资金申请材料：

（1）《江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金结算表》（见附件3，以下简称《资金结算表》）。

（2）疾病诊断书（或能显示病情的诊断报告或出院小结）。

（3）费用发票相关材料，按以下办法择一提供即可：

①加盖医保中心或医院公章的费用发票复印件（费用发票遗失的可由加盖医院公章的费用明细代替），加盖医保中心或医院公章的基本医保、大病保险、医疗救助报销单复印件，住院费用提供出院小结。如费用发票能够完整显示报销情况，可不提供医保报销单。

②患儿监护人可至当地医保管理部门，打印需要申请救助的医疗费用报销清单，加盖医保部门公章后，提交该材料原件申请。住院发票复印件按时间顺序附在清单之后，门诊票据复印件无需提供。

③县级慈善总会已和医保部门实现数据共享的，可查询

患儿医疗费用及报销情况，并将查询结果打印加盖慈善总会公章，帮助患儿提交申请。

（二）县（市、区）慈善总会审查核实申请人情况，对符合慈善救助条件的，在《申请表》上签署意见加盖公章，并初步核算救助金额，于每月月底前将患儿申请材料纸质件及申请、资金结算汇总表电子档（汇总表见附件4、5）分别报设区市慈善总会、省慈善总会。

（三）设区市慈善总会接到申请后及时调查、审核患儿相关情况，研究确定是否符合救助条件，并复核救助金额。省慈善总会审核申请材料，并复核救助金额。

（四）设区市慈善总会在次月10日前将审定同意救助的患儿申请、资金结算汇总表电子档、加盖公章扫描件发送至省慈善总会。省慈善总会在5个工作日内对比审核患儿情况。上报救助对象不符合省级慈善救助条件的，省级儿童大病慈善救助项目将不予资助。

七、救助程序

（一）省慈善总会将审核情况书面答复设区市慈善总会。设区市慈善总会收到回复函后，转发县（市、区）慈善总会。省级慈善救助金分别拨付市、县（市、区）慈善总会。

（二）市、县（市、区）慈善总会收到回复函后及时核

算本级救助资金。设区市慈善总会将市级救助资金拨付至县（市、区）慈善总会。

（三）县（市、区）慈善总会汇集救助款后，按照资金结算明细，及时、准确地将三级救助资金如数发放给患儿。发放完毕后，县（市、区）慈善总会应及时将款项收据、《签收单》（见附件6）或银行打款回单邮寄至省、设区市慈善总会。（款项收据是财务做账凭证，请各地务必提供。收据可以为江苏省捐赠专用收据、公益事业捐赠统一票据、江苏省行政事业单位结算凭证、非税收入收据等。）

八、有关要求

（一）各地民政部门、慈善总会要充分认识儿童大病慈善救助工作的重要性，切实加强组织领导，加强与财政、卫生健康、医保等部门协调，会同地方慈善总会积极筹措儿童大病慈善救助资金，研究解决工作推进中的具体问题，结合实际制定本地区困难家庭儿童大病救助方案，做好儿童大病慈善救助与医保、大病保险、医疗救助、惠民保险等其他医疗保障政策措施的有效衔接。积极探索与有关部门实现数据资源对接、人员信息共享，提高办事效率，方便困难群众。

（二）加大宣传力度，提高儿童大病慈善救助政策的社会知晓度和影响面。要围绕儿童大病慈善救助工作的意义、政策规定、申请审批程序等，深入持久地开展宣传工作，扩

大宣传面，增强覆盖面。要充分利用新闻媒体和互联网平台，宣传典型，讲好故事，让社会各界人士共同关心、支持和参与儿童大病慈善救助工作。

（三）建立通畅的咨询、求助渠道，提高项目执行效率。各地慈善总会要指派专人负责项目执行工作，设立专门的咨询电话，协调相关部门和单位，做好困难群众求助接待工作。要准确、及时审核患者申报材料，建立患儿档案，在工作中注意发现和记录典型救助案例，留存救助过程中有价值的照片或影像资料，为儿童大病慈善救助的后续工作积累素材。

（四）建立项目监督制度。本项目作为福彩公益金资助项目，应按照彩票公益金的管理办法执行。各级民政部门对救助资金使用情况进行监督，实施绩效管理。省、市、县（市、区）慈善总会要对儿童大病慈善救助资金独立核算，项目执行各阶段要手续完备、账目清晰，定期公布救助资金使用情况，自觉接受审计部门的审计和民政、财政、卫生健康、医保等部门以及社会各界的监督。省民政厅将适时会同省慈善总会等单位对各地资金筹集、项目实施、资金发放等情况进行督查，对执行不到位地区责令整改，并将督查情况在全省范围内通报。

- 附件：1. 江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助申请表
2. 经济状况证明
3. 江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金
结算表
4. 江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助申请
汇总表
5. 江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金
结算汇总表
6. 江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金
签收单

附件1

江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助申请表

编号：

申请日期：

姓名		性别		出生年月	民族	民族		照片
身份证号								
经济情况	<input type="checkbox"/> 孤儿(含弃婴) <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童		<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员		<input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 其他困难家庭儿童			
学校				班级				
家庭住址								
联系电话				家庭年收入		家庭人口		
家庭成员信息								
姓名	与患儿关系	身份证号	工作单位	月收入	联系电话			
疾病诊断								
治疗医院								
接受过何种救助及救助金额								
申请资助理由(家庭情况及患儿治疗花费情况简述)	监护人签字：_____ 年 月 日							
乡、镇(街道)意见	签字：_____ (盖章) 年 月 日			县(市、区)慈善总会意见	签字：_____ (盖章) 年 月 日			
市慈善总会意见	签字：_____ (盖章) 年 月 日			省慈善总会意见	签字：_____ (盖章) 年 月 日			

附件2-1

经济状况证明

(适用于：孤儿、事实无人抚养儿童，低保对象、特困人员、低保边缘家庭、支出型困难家庭中的儿童、重病重残困境儿童)

经核查，申请人经济情况汇总如下：

序号	姓名	身份证号	困难类别

特此证明，仅用于申请江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助项目。

_____县（市、区）民政局
(科室公章)

年 月 日

附件2-2

经济状况证明

(适用于经民政部门认定的其他家庭经济困难儿童)

现有 _____ (儿童姓名)，身份证号：
_____, 家庭住址：_____,
共有 _____ 口，家庭年收入 _____ 元。经核查，该户因
_____ (儿童姓名) 患有重大疾病，致家庭困难，
情况属实，请予申请江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助项目。

证明单位(盖章)：

年 月 日

附件2-3

家庭经济困难情况说明

(适用于父母为重残的儿童、重病重残困境儿童)

现有 _____ (儿童姓名)，身份证号：
_____, 家庭住址：_____，
共有 _____ 口，家庭年收入 _____ 元。经核查，该户因
_____ (儿童姓名) 患有重大疾病， (其他
家庭基本情况介绍)，致家庭困难，情况属实。请予申请江
苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助项目。

证明单位(盖章)：

年 月 日

附件3

江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金结算表

县（市、区）慈善总会

编号：_____

姓名		出生年月		性别	
身份证号				联系电话	
经济情况	<input type="checkbox"/> 孤儿（含弃婴） <input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员	<input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 其他困难家庭儿童		
救助标准	100%	80%	60%		
疾病名称					
治疗医院					
治疗效果	<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 恶化 <input type="checkbox"/> 死亡				
总治疗费用	元	医保报销金额 (含大病保险、医疗救助金额)		元	
		社会救助金额 (含自购商业保险报销金额)		元	
		医保外医疗费用金额		元	
		自负金额		元	
省、市、县三级困难家庭儿童重特大疾病慈善救助总额	_____元 (盖章)	县（市、区）困难家庭儿童重特大疾病慈善救助金额		_____元 (盖章)	
市困难家庭儿童重特大疾病慈善救助金额	_____元 (盖章)	省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助金额		_____元 (盖章)	
患儿家庭实际自付总金额		_____元			
申请结算日期：_____					

附件4

江苏省困难家庭儿童重病慈善救助申请汇总表(市 年 月)

序号	编号	姓名	性别	出生日期	病种	经济状况	身份证号码	家庭地址	联系电话	治疗医院	备注

备注：1、该表由设区市慈善总会汇总后将电子档发送至QQ:71011695，编号不明确可不填；

2、经济情况为7类：孤儿、事实无人抚养儿童，低保对象、特困人员、低保边缘家庭、支出型困难家庭、其符合救助条件困难家庭。

附件5

江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助资金结算汇总表

_____市_____县（市、区）

序号	编号	姓名	性别	出生日期	患病名称	家庭经济状况	总费用	医保报销金额 (含大病保险、 医疗救助金额)	社会救 助金额	医保外 金额	自负 金额	省、 县慈善救 助金额	省儿董大 病慈善救 助资金	省级历 年救助 累计

备注：该表由设区市慈善总会汇总后将电子档发送至QQ:71011695

附件6

江苏省困难家庭儿童 重特大疾病慈善救助签收单

今收到江苏省慈善总会“江苏省困难家庭儿童重特大疾病慈善救助项目”救助款_____元（大写：_____）。

受助儿童姓名：

领取人签字：

（与受助儿童关系：_____）

领取日期：_____年 月 日

