

舟山市定海区财政局

舟山市定海区人力资源和社会保障局文件

舟山市定海区残疾人联合会

定残联〔2013〕44号

定海区财政局 定海区人力资源和社会保障局 定海区残疾人联合会 关于对从事个体经营及灵活就业的重度残疾人和贫困 残疾人参加城镇职工基本医疗保险给予补助的通知

各乡镇人民政府、街道办事处：

为贯彻落实《定海区扶助残疾人实施办法》（定政发〔2011〕30号）的有关规定，让重度残疾人和贫困残疾人更好的享受社会保险政策，减轻残疾人的生活医疗负担，现对全区重度残疾人和贫困残疾人参加城镇职工基本医疗保险给予补助。现将有关事项通知如下：

一、补助对象和基本条件

（一）补助对象

具有定海户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》，依法参

加城镇职工基本医疗保险的残疾人。

（二）补助基本条件

1、残疾等级二级以上（含二级）或家庭人均年收入在低保标准 150%以内；

2、在法定劳动就业年龄内；

3、从事个体经营及灵活就业；

4、参加舟山市本级城镇职工基本医疗保险且缴纳保险费；

5、未享受其他医疗保险优惠政策。

补助申请人必须同时具备以上 5 个条件，方可申请补助。

二、补助标准和办法

（一）依法参加城镇职工基本医疗保险的从事个体经营及灵活就业的残疾人，每年对其个人按月缴纳部分给予全额补助，不包括一次性预缴和补缴金额。

（二）对从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险的补助，实行“先缴后补，一年一补”，直接补到个人的办法。

三、申请和审批程序

（一）符合补助条件的从事个体经营及灵活就业残疾人，须由本人或监护人于每年 12 月底前向户籍所在地乡镇（街道）残联申请，填写《定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助申请表》（见附件 1），并出具下

列证明材料（原件和复印件）：

- 1、身份证；
- 2、中华人民共和国残疾人证；
- 3、低保证（救助证）；
- 4、城镇职工基本医疗保险缴费凭证；
- 5、工商营业执照（个体经营户）。

（二）乡镇（街道）残联在收到申请后，要进行认真核查，签署审核意见，并于每年1月30日前将申请人提交的《定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助申请表》及身份证、残疾人证、低保证（救助证）、缴费凭证和工商营业执照复印件等有关资料上报区残联。

（三）区残联根据审批情况填写《定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助登记表》（见附件2）存档备查。并将《定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助汇总审批表》（见附件3）上报区财政局、区人力资源和社会保障局核准后发放。

四、资金管理与发放

（一）对从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险的补助在促进残疾人就业创业帮扶专项中列支。

（二）补助资金原则上实行社会化发放，由区残联直接汇入补助对象储蓄卡中。

五、其他

(一) 财政部门、人力社保部门、残联要密切协作，建立联动机制，严格核准程序，细化各环节的衔接措施，加强管理和服

(二) 区残联应每年对从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险的补助对象、补助金额通过区残联网站向社会公示，确保发放工作公开、公正、透明运行。

六、本文自 2013 年 1 月 1 日起执行，由区残联负责解释。

附件：

1、定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助申请表；

2、定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助登记表；

3、定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助汇总审批表。

舟山市定海区财政局 舟山市定海区人力资源和社会保障局 舟山市定海区残疾人联合会

2013 年 8 月 26 日

附件 1:

定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助申请表

申请人姓名		性别		出生年月	
残疾人证号				残疾类别及等级	
身份证号				文化程度	
经营项目				个体工商户注册号	
月收入				何时参加社会基本保险	
是否贫困户				社会基本保险手册号	
家庭地址				联系电话	
乡镇 (街道) 残联 意见	审核人: (公章) 年 月 日				
区残联 意见	审批人: (公章) 年 月 日				

注: 申请时应附申请人身份证、残疾人证、低保证(救助证)、城镇职工基本医疗保险缴费凭证和工商营业执照复印件。

附件 2:

定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险补助登记表
(年度)

序号	姓名	性别	出生年月	家庭地址	残疾人证号	残疾类别	是否贫困户	营业执照证号	经营项目	月缴纳保险费	缴纳月数	保险年补助额	备注

填报单位:

年 月 日

附件 3:

**定海区从事个体经营及灵活就业残疾人参加城镇职工基本医疗保险
补助汇总审批表**
(年度)

填报单位: (公章)

补助人数	
补助金额	
残联 意见	(盖章) 年 月 日
财政 部门 意见	(盖章) 年 月 日
人力社保 部门意见	(盖章) 年 月 日

注: 此表一式三份, 由区残联填写。经区财政局、区人力社保局核批后, 财政、人力社保、残联各留存一份。

