

# 杭州市滨江区卫生健康局 文件 杭州市滨江区财政局

杭滨卫健发〔2025〕3号

## 区卫生健康局 区财政局关于印发《杭州市 滨江区生育困难家庭申请辅助生殖技术 费用补助办法（试行）》的通知

各有关单位，各街道社区卫生服务中心：

现将《杭州市滨江区生育困难家庭申请辅助生殖技术费用  
补助办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

杭州市滨江区卫生健康局

杭州市滨江区财政局

2025年1月27日

# 杭州市滨江区生育困难家庭申请辅助生殖 技术费用补助办法（试行）

为满足更多家庭的生育需求，缓解生育困难家庭的经济负担，推动人口长期均衡发展，根据《区党委办公室 区管委会办公室 区政府办公室关于印发<杭州高新区（滨江）优化生育政策促进人口长期均衡发展的若干措施>的通知》（党委办〔2023〕22号），特制定本办法。

## 一、补助对象

- （一）符合《浙江省人口与计划生育条例》等法律法规、已按要求办理生育登记、确需实施辅助生殖技术的家庭；
- （二）在杭州市市属定点辅助生殖技术服务的医疗机构（以下简称定点医疗机构）进行辅助生殖技术治疗；
- （三）夫妻一方具有滨江区户籍。

## 二、补助标准

符合条件的家庭接受辅助生殖类医疗服务项目（服务项目按浙医保发〔2024〕14号执行）费用中个人承担部分，按家庭补助，最高不超过1万元。

计划生育特殊家庭辅助生殖补助按杭政办函〔2013〕201号政策执行。

## 三、申请流程

辅助生殖技术费用补助按照“自主申请、逐级审核、一次发放”的原则组织实施。

(一) 申报时限。符合条件的家庭，按照“多次治疗，一次申领”的原则，夫妻双方接受末次辅助生殖治疗后一年内提出申请；未在规定期限内申请的，视作主动放弃，不予受理。

(二) 申报材料。

1. 辅助生殖技术费用补助申请表（附件 1）；
2. 夫妻双方身份证、结婚证、户口簿、生育登记服务单、社保卡；
3. 疾病诊断证明书和医疗收费票据。

(三) 申请方式。辅助生殖技术费用补助原则上通过网上渠道申请办理。申请人可登录“浙里办”APP --“滨江人口优享”--“辅助生殖补助”栏目发起补助申请。因特殊情况需要现场核对材料的，申请人可至定点医疗机构办事窗口咨询。

(四) 资格审核。定点医疗机构负责对申请家庭进行初步审核。长河街道社区卫生服务中心对初审符合条件的申请家庭进行复核，对符合补助条件的上报区卫生健康局确认；对不符合申请条件的，将补助申请予以退回并说明理由。资格审核在收到申请后 30 日内完成。

(五) 资金发放。区卫生健康局定期汇总通过资格审核的人员名单，经履行审核报批相关程序后将补助一次性发放至申请人本人的浙江省社会保障卡银行帐号，每半年集中发放一次。

#### 四、工作分工

(一) 区卫生健康局负责全区辅助生殖技术费用补助工作的管理和监督，加强与区财政部门沟通，做好补助资金的核定

与预算编报;确保资金及时足额拨付到位,同时做好政策宣传、绩效评价。

(二)区财政局负责统筹安排专项资金,确保预算编制到位。

(三)街道办事处负责辅助生殖技术费用补助政策的宣传,协助核实申请家庭户籍、婚姻、生育登记信息,指导社区对需要实施辅助生殖技术的家庭做好补助申请等工作。

#### (四)医疗机构

1.定点医疗机构负责申请家庭的资格初审,做好优化流程、健康宣教、政策宣传等工作。

2.长河街道社区卫生服务中心负责辅助生殖治疗补助家庭个案信息复核、上报、登记质控、数据汇总分析、归档保存、线下申报、完善补助对象个案数据库和日常管理等工作,并开展政策培训和工作指导。

3.街道社区卫生服务中心负责对辖区社区居民做好政策宣传,设立生育咨询门诊,及时对有生殖辅助需求的家庭向定点医疗机构做好转诊等工作。

### 五、有关要求

(一)加强组织领导。区卫生健康局要健全滨江区“暖心助孕行动”工作机制,建立沟通协调制度,定期召开联席会议,及时研究解决辅助生殖技术费用补助实施过程中的问题,确保工作落到实处。

(二)强化资金保障。区财政局把辅助生殖技术费用补助所需经费纳入财政保障。区卫生健康局协同各单位建立辅助生

殖技术费用补助资金管理、资格确认、补助发放、质控检查等环节的运行机制,加强指导和监管,确保补助政策执行的公平、公正和资金安全。

(三)密切工作联动。各有关部门、机构要加大政策宣传,建立宣传引导、信息管理反馈等制度。

(四)严格责任追究。申请人提供虚假材料骗取补助的,将按照相关法律法规依法追究责任。

本办法自 2025 年 2 月 25 日起施行,由区卫生健康局负责解释。

- 附件:
- 1.辅助生殖技术费用补助申请表
  - 2.辅助生殖技术费用补助承诺书
  - 3.辅助生殖技术费用补助统计表
  - 4.杭州市滨江区辅助生殖技术费用补助名单
  - 5.杭州市市属定点辅助生殖技术服务医疗机构名单

附件 1 附件 2 附件 3 附件 4 附件 5 附件 6 附件 7 附件 8 附件 9 附件 10 附件 11 附件 12 附件 13 附件 14 附件 15 附件 16 附件 17 附件 18 附件 19 附件 20 附件 21 附件 22 附件 23 附件 24 附件 25 附件 26 附件 27 附件 28 附件 29 附件 30 附件 31 附件 32 附件 33 附件 34 附件 35 附件 36 附件 37 附件 38 附件 39 附件 40 附件 41 附件 42 附件 43 附件 44 附件 45 附件 46 附件 47 附件 48 附件 49 附件 50 附件 51 附件 52 附件 53 附件 54 附件 55 附件 56 附件 57 附件 58 附件 59 附件 60 附件 61 附件 62 附件 63 附件 64 附件 65 附件 66 附件 67 附件 68 附件 69 附件 70 附件 71 附件 72 附件 73 附件 74 附件 75 附件 76 附件 77 附件 78 附件 79 附件 80 附件 81 附件 82 附件 83 附件 84 附件 85 附件 86 附件 87 附件 88 附件 89 附件 90 附件 91 附件 92 附件 93 附件 94 附件 95 附件 96 附件 97 附件 98 附件 99 附件 100

## 辅助生殖技术费用补助申请表

|                              |                                                                                       |      |          |     |  |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-----|--|
| 申请人                          |                                                                                       | 身份证号 |          | 户籍地 |  |
| 家庭住址                         |                                                                                       |      |          |     |  |
| 联系电话                         |                                                                                       |      | 婚姻登记时间   |     |  |
| 配偶姓名                         |                                                                                       | 身份证号 |          | 户籍地 |  |
| 首次接受治疗时间                     |                                                                                       |      | 首次治疗机构名称 |     |  |
| 末次接受治疗时间                     |                                                                                       |      | 末次治疗机构名称 |     |  |
| 申请人<br>社保卡<br>银行账号           |                                                                                       |      | 开户行      |     |  |
| 申请人<br>承诺                    | 见附件 2                                                                                 |      |          |     |  |
| 辅助生殖<br>医疗机构<br>审核意见         | 总费用           元，其中个人承担部分           元，申请补助           元。<br><br>签字：_____<br><br>单位（盖章）： |      |          |     |  |
| 长河街道<br>社区卫生<br>服务中心<br>审核意见 | 签字：<br><br>单位（盖章）：                                                                    |      |          |     |  |

说明:

1.辅助生殖技术费用补助为一次性申领,超过1万元按照最高1万元给予补助,不足1万元在个人承担部分总额内按照申领金额发放。提交申请后产生的辅助生殖治疗费用,不再重复补助。

2.申请材料:夫妻双方身份证、结婚证、户口簿、生育登记服务单和医疗结算票据的原件及复印件。以上材料复印件需盖与原件一致章,并附在本“申请表”后备查。附疾病诊断证明书需1名具备资质的副主任以上医师审核确认签字。

3.在多家定点医疗机构就诊的,由最后一次治疗的定点医疗机构负责初审本申请表。

## 附件 2

# 辅助生殖技术费用补助承诺书

本人姓名：\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_, 自愿申请辅助生殖技术费用补助, 现就有关事宜承诺如下:

本人按照《滨江区生育困难家庭申请辅助生殖技术费用补助办法(试行)》要求, 以家庭为单位一次性申请辅助生殖技术费用补助, 夫妻双方对该事项均已明确知晓并同意, 今后如发生配偶主张该补助利益纠纷, 由本人承担全部责任。

本人保证申请辅助生殖技术费用补助时所提交的夫妻双方身份证、结婚证、户口簿、生育登记服务单、疾病诊断证明书、医疗收费票据等证明材料真实、准确; 对因提供有关结婚证、户口簿、疾病诊断证明书等材料不实、虚假或违反有关规定造成的一切后果自负并退回所领取的补助资金。

承诺人签字(指印):

日期:

## 附件 3

## 辅助生殖技术费用补助统计表

填报单位（盖章）：\_\_\_\_\_ 统计时间：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日--\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

| 月份 | 补助人数 | 补助经费(万元) |
|----|------|----------|
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
|    |      |          |
| 合计 |      |          |

业务分管负责人签字：

审核人：

填报人：

联系电话：

填报日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

附件 4

杭州市滨江区辅助生殖补助名单

填写单位（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 户籍地 | 联系电话 | 配偶姓名 | 户籍地 | 诊断名称 | 治疗时间 | 自费金额<br>(元) | 补助金额<br>(元) | 社保卡<br>银行账号 |
|----|----|------|-----|------|------|-----|------|------|-------------|-------------|-------------|
| 1  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 2  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 3  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 4  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 5  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 6  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 7  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 8  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 9  |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |
| 10 |    |      |     |      |      |     |      |      |             |             |             |

填报人：

联系电话：

填报日期：

附件 5

**杭州市市属定点辅助生殖技术服务  
医疗机构名单**

| 序号 | 医疗机构               |
|----|--------------------|
| 1  | 杭州市妇产科医院（杭州市妇幼保健院） |
| 2  | 杭州市红十字会医院          |
| 3  | 杭州市中医院丁桥院区         |

