**计划生育家庭扶助制度管理规范**

根据现行计划生育家庭扶助有关法律法规、政策性文件以及

相关财政规章制度，制定本规范。

**第** **一章** **总** **则**

**第** **一条** 本规范所称计划生育家庭扶助制度，是指现行“农村 部分计划生育家庭奖励扶助制度”和“计划生育家庭特别扶助制 度”,是国家为帮助解决计划生育家庭面临的生产生活困难，切实 保障计划生育家庭合法权益，由中央和地方财政安排资金，对全面 两孩政策实施前(2016年1月1 日前)符合条件的计划生育家庭，

按照一定标准发放扶助金的基本制度。

**第二条** 国家卫生健康委和财政部负责制定计划生育家庭扶 助制度的基本政策。省级卫生健康委和财政厅(局)结合实际，制

定具体政策措施。

**第三条** 各级卫生健康行政部门做好计划生育家庭扶助制度 组织实施，加强政策宣传，将符合条件的申报对象按程序纳入相应 扶助制度。支持计划生育协会参与开展计划生育家庭扶助相关

工作。

**第二章** **资格确认**

**第四条** 农村部分计划生育家庭奖励扶助制度扶助对象的确

认应同时具备以下基本条件：

( 一)1933年1月1日以后出生的夫妻双方或 一 方；

(二)农业户口或被界定为农村居民；

(三)2016年1月1 日之前没有违反有关计划生育法律法规

和政策规定生育，且之后未再生育或者收养子女；

(四)现存一个子女或两个女孩，或子女均死亡现无子女；

(五)年满60周岁。

**第五条** 计划生育家庭特别扶助制度扶助对象的确认应同时

具备以下基本条件：

( 一 )1933年1月1 日以后出生的夫妻；

(二)女方年满49周岁(因丧偶或离婚的单亲家庭，男方须年

满49周岁);

(三)2016年1月1 日之前只生育 一 个子女或合法收养 一 个

子女，且之后未再生育或者收养子女；

(四)现无存活子女或独生子女被依法鉴定为残疾(伤、病残达

到三级及以上)。

纳入特别扶助制度的计划生育手术并发症人员按照有关规定

执行。

**第六条** 同时符合农村部分计划生育家庭奖励扶助制度和计

划生育家庭特别扶助制度政策条件的扶助对象，不重复享受扶助

待遇。

已纳入农村部分计划生育家庭奖励扶助制度，独生子女伤残 或死亡的，可按程序申请纳入计划生育家庭特别扶助制度。已纳 入计划生育家庭特别扶助制度的农村独生子女伤残和死亡家庭夫

妻，不重复享受农村部分计划生育家庭奖励扶助政策。

**第七条** 计划生育家庭扶助制度新增对象资格确认和已享受

扶助对象及退出人员的年审同步进行，有关程序和基本要求如下：

(一)调查摸底

县级卫生健康行政部门组织乡(镇、街道)和村(居)负责人口

家庭工作的人员，开展政策宣传，对新增目标人群进行调查摸底。

(二)本人申请

由本人自愿向户籍所在地村(居)民委员会提出申请，填写《农 村部分计划生育家庭奖励扶助对象申请表》或《计划生育家庭特别 扶助对象申请表》,并提交本人身份、户籍、婚育等相关材料，以及

子女死亡或残疾等相关材料原件及复印件。

(三)村级初核并公示

1. 村(居)对本年度申请对象和上年度扶助对象逐 一 核实

确认。

2.新增和退出对象名单须根据实际情况予以公示，公示时间

为5个工作日。

3.公示无异议的，村(居)按程序将《农村部分计划生育家庭奖

励扶助对象申请表》《计划生育家庭特别扶助对象申请表》《计划生

育家庭扶助对象退出报告单》,连同相关材料复印件上报乡(镇、街

道)。

4.对不符合条件的对象，要告知本人或家属并做好政策解释

工作。

(四)乡级初审

乡(镇、街道)对村级上报的资料进行初审，签署意见并加盖公

章，报送县级卫生健康行政部门。

(五)县级审核确认

1.县级卫生健康行政部门对乡(镇、街道)上报的材料进行审

核，确认当年扶助对象名单。

2.每年扶助对象资格确认结束后，县级卫生健康行政部门应 及时组织将确认的新增对象和退出对象个案信息录入计划生育家

庭扶助保障信息系统。

(六)地市级、省级抽查审核

1.地市级、省级卫生健康行政部门督促各县(市、区)及时录入

上报信息。

2. 地市级卫生健康行政部门按一定的比例，对当年新增扶助 对象和已享受扶助对象个案信息进行抽查审核。省级卫生健康行

政部门根据实际开展抽查，确保数据完整准确。

3.扶助对象资格确认完毕后，省级卫生健康委按程序向国家

卫生健康委报送数据确认函。

**第八条** 扶助对象发生户籍迁移情形的，迁出地和迁入地应

当互相配合做好工作衔接，及时退出和纳入计划生育家庭扶助

制度。

**第九条** 资格确认的相关文书由省级卫生健康行政部门参照

附件式样统一制定(附件1-3)。

**第三章** **资金管理和发放**

**第十条** 计划生育家庭扶助补助资金按照《计划生育转移支

付资金管理办法》相关规定执行。

**第十一条** 地方卫生健康行政部门和财政部门按程序确定有 资质的金融机构作为代理发放机构，统一发放扶助资金。鼓励有

条件的地区通过惠民惠农财政补贴资金“一卡通”渠道统一发放。

**第十二条** 扶助资金以个人为单位发放，原则上当年一次性

发放。各地可根据实际情况确定发放时间和发放频次，规范发放。

扶助对象不再符合政策条件退出的，于下一次发放扶助资金

时停止发放。

**第十三条** 扶助资金原则上应在当年执行完毕，年度未支出

的扶助资金按财政部结转结余资金管理有关规定管理。

**第十四条** 县级卫生健康行政部门应在年度扶助资金到位后 30日内，将扶助对象花名册提供给代理发放机构，并及时核对资

金发放情况。

**第十五条** 代理发放机构按照代理服务协议要求，将扶助资

金及时足额划转到个人账户。建立完善财政部门、卫生健康行政

部门、代理发放机构的三方对账机制。

**第十六条** 对于代理发放机构反映的个人账户无法发放、账 户错误、账户存疑等问题，卫生健康行政部门应会同财政部门核

实，并在7个工作日内将有关处置意见反馈代理发放机构。

**第十七条** 各地应于每年12月31 日前完成当年扶助资金发

放工作。

**第四章** **信息管理**

**第十八条** 各级卫生健康行政部门要根据有关工作要求，及 时将新增个案、信息变更及个案退出等录入计划生育家庭扶助保 障信息系统。建立健全信息质量监督检查机制，定期组织对扶助

对象资格确认等工作进行检查，确保扶助对象认定准确。

**第十九条** 各级卫生健康行政部门与财政部门、代理发放机 构之间相互提供扶助对象及资金信息，应同时使用书面和电子文 档两种格式。书面格式的资料，须经单位负责人签字，加盖单位公

章后报送。电子文档管理按照国家有关信息安全规定执行。

**第二十条** 各级卫生健康行政部门建立信息收集、处理、利 用、发布制度以及安全管理制度和监督机制。各级各类用户落实 信息安全责任，严格使用权限，不得越权获取或处理信息，不得擅 自对外提供或发布相关信息。信息发布应当依法保护个人隐私， 不得公开无关信息。信息数据在明文无加密的情况下，不得通过

互联网传输。

**第二十一条** 各级卫生健康行政部门要加强档案管理，及时 将各种书面工作资料保存入档，并定期进行电子信息的备份，形成

安全可靠的备份信息资源。

**第二十二条** 各级卫生健康行政部门协调建立信息共享比对 工作机制，充分利用公安、民政、卫生健康、残联等多方面人口基础 信息，做好扶助对象信息的比对校核，严格资金管理，强化精准服

务，提高工作效率。

**第五章** **监督和绩效管理**

**第二十三条** 计划生育家庭扶助制度实施全过程接受监察、 审计等部门的监督检查和社会监督，鼓励广大群众参与监督。第 三方专业机构、新闻媒体等经委托可对扶助制度运行过程开展监

督评估。主要内容包括：

(一)政策和标准是否公开；

(二)资格确认程序是否规范；

(三)政策执行是否公平公正、公开透明；

(四)扶助资金是否及时、准确、足额发放；

(五)扶助资金执行情况。

**第二十四条** 县级卫生健康行政部门、乡(镇、街道)应指定工 作人员受理群众的批评、建议、申诉、举报，广泛听取意见建议，主

动接受监督。

**第二十五条** 各级财政部门和卫生健康行政部门应建立资金

监督检查机制，实现对扶助资金的全链条监督检查。主要监督内

容包括：

(一)扶助资金预算测算、分配、拨付和及时发放到位情况；

(二)代理发放机构遴选和资质情况；

(三)代理发放机构执行委托协议情况、个人账户管理情况、内

控制度落实情况和风险防控情况等；

(四)扶助资金预算执行进度和使用合规情况，是否存在虚报、

冒领、抵扣、贪污、挪用专项资金的情况；

(五)扶助资金结余结转情况；

(六)扶助资金的社会经济效益等。

**第二十六条** 各级财政部门和卫生健康行政部门定期开展扶 助资金监督检查，积极配合纪检监察和审计部门对资金管理使用 情况进行检查和审计，及时发现和纠正存在的问题。根据工作需

要，可委托第三方专业机构开展资金监督检查。

财政部和国家卫生健康委每年对各地资金测算、分配、拨付、

管理和使用等情况进行抽查。

**第二十七条** 各级财政部门和卫生健康行政部门按照项目预 算绩效管理要求，重点围绕绩效目标完成情况、扶助资金执行进度

及报送数据质量等组织开展绩效评价。

**第二十八条** 地方各级卫生健康行政部门会同财政部门原则 上每年组织开展绩效自评工作。财政部会同国家卫生健康委适时

组织开展重点绩效评价。根据工作需要，可委托第三方专业机构

开展绩效评价具体工作。

**第二十九条** 绩效评价结果作为完善相关政策和以后年度预 算申请、安排、分配的重要参考依据。因绩效因素导致扶助资金额

度扣减的，地方财政应予以补足。

**第三十条** 县级及以上财政部门、卫生健康行政部门要加强 对代理发放机构的监督。代理发放机构不按服务协议履行资金发 放责任，截留、拖欠、抵扣扶助资金的，取消代理发放资格，并承担

相应法律责任。

**第三十一条** 从事计划生育家庭扶助制度实施工作的人员有 下列行为之一的，依法依规给予行政处分；情节严重构成犯罪的，

依法追究刑事责任。

(一)滥用职权，徇私舞弊，擅自改变扶助范围和扶助标准的；

(二)贪污、挪用、扣压、拖欠扶助资金的；

(三)玩忽职守，扶助资金管理混乱的；

(四)弄虚作假，虚报瞒报，出具不实证明的。

**第三十二条** 对骗取、冒领扶助资金的，由地方卫生健康行政

部门和财政部门负责追回。

**第六章** **附** **则**

**第三十三条** 本规范由国家卫生健康委、财政部负责解释。 各地可根据实际情况制定细则，并向国家卫生健康委、财政部

备案。

**第三十四条** 本规范自发布之日起实施。原《全国农村部分 计划生育家庭奖励扶助制度管理规范》(人口厅发〔2006〕122号)、 《全国计划生育家庭特别扶助制度信息管理规范(试行)》(人口厅 发〔2008〕23号〕、《全国农村部分计划生育家庭奖励扶助制度信息

管理规范》(人口厅发〔2008〕24号)同时废止。

附件：1.农村部分计划生育家庭奖励扶助对象申请表(式样)

2.计划生育家庭特别扶助对象申请表(式样)

3.计划生育家庭扶助对象退出报告单(式样)

**附件1**

**农村部分计划生育家庭奖励扶助对象申请表(式样)**

省(区、市) 地(市、州) 县(市、区) 乡(镇、街道) 村(居)委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 姓名 | 性别 | | 出生年 月 | 公民身份号码 | 户口 性质 | 婚姻 状况 | | 婚姻变动 年月 |
| 本人信息 |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 配偶信息 |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 夫妇曾经 生育子女数 | 男孩 女孩 | | | | 夫妇现有存活子 女数(含收养等 | 男孩 女孩 | | | |
| 夫妇曾经  生育子女  情况 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | 死亡年月 | | 是否亲生 | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
| 夫妇收养 子女情况 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | 收养年月 | | 死亡年月 | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| 家庭地址 (门牌号) |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 村(居)委会 意见 | 经办人签字 年 月 日(盖章) | | | | | | | | |
| 乡(镇、街道) 意见 | 经办人签字： 年 月 日(盖章) | | | | | | | | |
| 县级卫生健  康行政部门  意见 | 经办人签字： 年 月 日(盖章) | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

申请人签字： 填表人： 填表时间： 年 月 日

**附** **件** **2**

**计划生育家庭特别扶助对象申请表(式样)**

省(区、市) 地(市、州) 县(市、区) 乡(镇、街道) 村(居)委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 姓名 | 公民身份号码 | | 性别 | 出生年月 | 户口性质 | 婚姻状况 |
| 本人信息 |  |  | |  |  |  |  |
| 配偶信息 |  |  | |  |  |  |  |
| 夫妇曾经生 育子女数 | 男孩 女孩\_ | 夫妇现有存活子 女数(含收养等) | | 男孩  女孩 | | 是否领取  独生子女  证 |  |
| 夫妇曾经生 育子女情况 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 是否  亲生 | 存活状况 | 死亡/残 疾年月 | 死亡确认单 位 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 夫妇收养 子女情况 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 收养 年月 | 存活状况 | 死亡/残 疾年月 | 死亡确认单 位 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 残疾证号码 |  | | 残疾  类型 |  | | 残疾等级 |  |
| 家庭地址 (门牌号) |  | | | | | 联系电话 |  |
| 村 ( 居 ) 委 会意见 | 经办人签字： 年 月 日 ( 盖 章 ) | | | | | | |
| 乡(镇、街  道)意见 | 经办人签字： 年 月 日(盖章) | | | | | | |
| 县级卫生健  康行政部门  意见 | 经办人签字： 年 月 日(盖章) | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

申请人签字： 填 表 人 ： 填表时间： 年 月 日

— 13 —

**附** **件** **3**

**计划生育家庭扶助对象退出报告单(式样)**

省(区、市) 地(市、州) 县(市、区) 乡(镇、街道) 村 (居)委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 公民身份号码 | 性别 | 出生年月 | 扶助  类型 | 退出  原因 | 退出  年月 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乡(镇、街  道)意见 | 经办人签字： 年 月 日(盖章) | | | | | | |
| 县级卫生 健康行政 部门意见 | 经办人签字， 年 月 日(盖章) | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

单位负责人签字： 填表人： 填表时间： 年 月