滨江区辅助生殖技术费用补助办法（试行）（征求意见稿）

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），为落实辅助生殖技术费用补助，特制定本办法。

1. 补助对象

2024年1月1日以后在杭州市开展人类辅助生殖技术服务的市级定点辅助生殖技术服务的医疗机构进行辅助生殖技术治疗的，生育符合政策要求，确需实施辅助生殖技术的家庭，申请时女方户籍需为滨江区户籍。

二、补助标准

符合条件的滨江区户籍家庭接受辅助生殖技术所需费用医疗相关自费部分（含个人账户）按累计最高1万元给予补助。已享受计划生育特殊家庭等其他辅助生育补助的除外。

三、资金来源

由区财政承担。

四、补助方式

（一）申报地

符合条件的家庭，按照“多次治疗，一次性申领”的原则，在杭州市具有辅助生殖资质医疗机构提出补助申请。

（二）申报材料

1.辅助生殖技术费用补助申请表（附件1）；

2.结婚证；

3.夫妻双方户口本；

4.出院小结或诊断证明、医疗费用清单和发票。

（三）审核及结算

辅助生殖医疗机构负责对申请对象进行审核，对符合条件的申请对象，在递交申请后30日内通过社保卡银行账户发放补助，每位申请人仅可享受一次补助。

补助经费由辅助生殖医疗机构先行审核垫付，每年10月10日前辅助生殖医疗机构向滨江区卫生健康行政部门提交年度垫付资金申请，并附《辅助生殖治疗补助统计表》（附件2）及《杭州市滨江区辅助生殖治疗补助名单》（附件3）；区卫生健康行政部门10月底前完成复核，11月15日前区卫生健康行政部门将补助费用预算申请上报给当地财政部门复审，当地财政部门根据复审后的金额将项目纳入次年部门预算，区卫生健康行政部门在部门预算下达后15日内将资金拨付至辅助生殖医疗机构。

五、工作分工

（一）卫生健康部门

区卫生健康行政部门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。

（二）财政部门

区财政部门负责统筹安排专项资金，确保预算编制到位。

（三）医疗机构

1.市级辅助生殖医疗机构负责审核申请对象的资格、资金减免、优化流程、政策宣传，要加强对滨江区街道社区卫生服务中心的政策培训和工作指导，建立健全辅助生殖技术费用补助发放数据库，做好数据汇总、信息上报和归档保存等工作。

2.街道社区卫生服务中心对辖区社区居民做好政策宣传，及时对有生殖辅助需求的家庭向市级定点辅助生殖技术服务的医疗机构做好转诊工作。

六、有关要求

（一）辅助生殖技术费用补助严禁挪用和虚报。

（二）辅助生殖医疗机构要细化工作流程，做好符合补助条件的对象审核和补助发放工作，确保补助不漏补、不超发。

（三）卫生行政部门要加强费用督导，机构要加强监管。

（四）申请人应依法、如实提供相关申请材料，因申请人提供虚假材料骗取补助资金，或工作人员失职渎职造成补助资金损失的，由区级卫生健康行政部门会同相关部门追缴收回补助资金，并按照相关规定依法追究责任。

本办法从发文之日起施行。2024年1月1日至发文之日期间进行辅助生殖技术治疗的家庭参照实施。

附件：1.辅助生殖技术费用补助申请表

 2.辅助生殖补助统计表

 3.杭州市滨江区辅助生殖补助名单

附件1

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 |  |
| 配偶姓名 |  | 身份证号 |  | 户籍地 |  |
| 诊断及确诊时间 | 申请表后需附上诊断书及申请人签名，诊断书需要副主任医师级别及以上医生2人确认签字。 |
| 治疗机构 |  | 治疗时间 |  |
| 社保卡 银行账号 |  | 姓名 |  | 开户行 |  |
| 申请补助金额（元） | 总费用 元，其中自费部分 元，申请补助 元。 |
| 申请人 承诺 |  本人郑重承诺以上情况及所提供的材料真实准确且未重复申请同类补助或待遇。 签字： 申请时间： |
| 辅助生殖医疗机构 审核意见 | 签字： 单位（盖章）：  |
| 区“暖心助孕”领导小组办公室 审核意见 | 签字： 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1万元在自费总额内按照申领金额发放。提交申请后再辅助生殖治疗产生费用，不再申领补助。

2.夫妻结婚证复印件；夫妻双方户口本复印件；出院小结、就诊记录（含门诊）、诊断证明、费用清单及发票复印件。以上材料粘贴在本“申请表”后面备查。

附件2

辅助生殖治疗补助统计表

填报单位（盖章）： 统计时间：202 年 月 日-- 月 日

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

领导签字： 审核人： 填报人： 联系电话： 　填报日期： 年 月 日

附件3

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（元） | 补助金额（元） | 社保卡银行账号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报日期：