# 温州市瓯海区家庭托育券补贴实施办法（试行）

(意见征求稿)

为贯彻落实《中共中央国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》、《国务院办公厅关于促进养老托育服务健康发展的意见》（国办发〔2020〕52号）、《浙江省人民政府办公厅关于加快推进３岁以下婴幼儿照护服务发展的实施意见》（浙政办发〔2019〕64号）、《浙江省卫生健康委等关于印发普惠托育基本公共服务试点工作方案（试行）的通知》（浙卫发〔2022〕29号）和《浙江省人口与计划生育条例》等法规、文件精神，以及浙江全面落实高质量发展建设共同富裕示范区建设要求，建立健全生育支持政策体系，显著减轻家庭生育养育教育负担，推动建设育儿友好型社会，促进人口长期均衡发展。特制定本办法。

一、托育服务补贴定义

本办法所称家庭托育券补贴是指为已接受托育服务的婴幼儿（满足入幼儿园小班条件前（不超过4周岁））所在家庭显著减轻家庭生育养育教育负担，而提供支持的一项福利政策。

二、托育服务补贴对象

申请托育服务补贴的对象必须同时符合以下条件：

1.监护人双方或一方户籍为瓯海区户籍；

2.入托婴幼儿（满足入幼儿园小班条件前（不超过4周岁））是该家庭的合法生育子女，三个以上子女的按三孩计算），且已落户瓯海区；

3.入托婴幼儿已在瓯海辖区内备案登记的托育服务机构全日制入托满15天（不含幼儿园托育部）；

家庭托育券补贴政策按照家庭自主申报的原则实施，申报对象须为监护人。

三、托育服务补贴标准

符合条件的婴幼儿家庭，一孩不参与补贴，二孩每月给予500元补贴，三孩每月给予1000元补贴，补贴至幼儿满足入幼儿园小班条件前（不超过4周岁）。

四、申报资料

1.《温州市瓯海区家庭托育券补贴申请表》（附件1）；

2.监护人身份证原件及复印件；

3.监护人及入托婴幼儿户口本原件及复印件；

4.入托证明及保育费收费票据原件（省财政厅统一印制的财政票据或由税务机关出具的正式发票）。

5.申报对象本人社保卡（银行卡）。

6.法律法规规定的其他相关材料。

五、申报时间

每年9月1日至30日为申报时间。补贴周期为上一年度9月1日至本年度8月31日，逾期未申报视为放弃本周期家庭托育券补贴。

六、申报流程

**（一）资料审查**

1.申报对象须在申报时间内，携带所有申报资料至托育机构提交申请，对于材料不全者自收到申报资料之日起3个工作日内一次性告知申报对象需要补全的全部内容。

3.托育机构在收齐申报资料之日起3个工作日内对完成申报对象子女入托情况（包括婴幼儿信息、监护人信息、实际入托月份及收费等情况）进行确认，并将确认的资料报至辖区镇街社区卫生服务中心（中心卫生院）公共卫生科初审。

5.辖区镇街社区卫生服务中心（中心卫生院）公共卫生科收到托育机构的确认资料后，5个工作日内将申报材料与实际情况相一致的报送区卫生健康局复核;将申报材料与实际情况不符的向申报对象说明情况，并驳回本次申报请求。

**（二）信息公示**

区卫生健康局复核后，应该及时将相关信息在区级官方网站公开，接受社会查询和监督。

**（三）资金发放**

本办法所涉及家庭托育券补贴资金由区财政局预算安排。区卫生健康局应于每年10月底前，对上年度家庭托育券补贴资金进行结算，报区财政局落实资金预算，每年11月底前将补贴资金发放到申报对象社保卡（银行卡）。

七、其他

1.本办法自 2023 年\*月\*日起施行，有效期 2 年。

2.本办法施行过程中如遇上级法律法规和重大政策变化，本办法也作相应调整。

附件：温州市瓯海区家庭托育券补贴申请表

温州市瓯海区卫生健康局 温州市瓯海区财政局

附件

温州市瓯海区家庭托育券补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 资 料 | 监护人1姓名 | 身份证 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 监护人2姓名 | 身份证 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 家庭住址 |  | |
| 婴幼儿资料 | 婴幼儿姓名 | 身份证 | 出生日期（年月日） |
|  |  |  |
| 户籍地址 |  | |
| 入 托 记 录 | 实际在托月数 | 入托时间（起-止：年月日） | 托育机构名称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请材 料 | 1、监护人身份证原件及复印件；  2、监护人及入托婴幼儿户口本原件及复印件；  3、入托证明及保育费收费票据；  4、申报对象本人社保卡（银行卡）卡号。 | | |
| 申请人承诺 | 我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证件等材料均真实、准确、有效，并与本人实际情况完全相符，且符合瓯海区家庭托育券补贴申请条件，对因提供信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人愿承担相关责任。  申请人签字：  申请人（签名）： 申请时间： 年 月 日 | | |
| 托育机构确认 | 负责人签字： 盖章： | | |
| 辖区社区卫生服务中心确认 | 负责人签字： 盖章： | | |
| 区卫健局确认 | 负责人签字： 盖章： | | |