寿残字〔2025〕2号

关于申报2025年困难精神残疾人药费补助的通 知

各乡镇残联：

为加快推进困难残疾人康复民生工程项目,现就申报2025年困难精神残疾人药费补助事宜通知如下：

一、补助对象

低保户、监测对象（边缘农户家庭中的重度精神残疾人补助标准按原政策执行）、列入公安机关监管的有肇事肇祸倾向或行为的精神残疾人。

二、申报时间

2025年4月20日前。

三、申报材料

**（一）已享受补助人员**

1.低保户、监测对象，填写上报《困难精神残疾人药费补助审批表》；

2.公安机关监管人员，填写上报《困难精神残疾人药费补助审批表》，同时提供所在乡镇派出所出具的证明。

3.监测对象中的边缘农户人员，填写上报《困难精神残疾人药费补助审批表》，同时提供所在乡镇出具的监测对象证明并加盖乡镇政府公章。

**（二）新增补助人员填写及提供以下证明材料：**

（1）《困难精神残疾人药费补助审批表》；

（2）精神类别残疾人证；

（3）低保证、监测对象证明；

（4）精神病门诊或住院治疗病历等证明材料，其中应有当年或上⼀年度的诊疗记录。

附件：1.困难精神残疾人药费补助审批表

2.困难精神残疾人药费补助汇总表

寿县残疾人联合会

2025年2月20日

附件1

困难精神残疾人药费补助审批表

**\_\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_\_村（社区）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 残疾人证号 |  | |
| 经济状况 | | □ 1.低保户 □ 2.家庭经济困难 | | | | | |
| 医保情况 | | □ 1.城乡居民基本医疗保险 □ 2.民政医疗救助 □ 3. 其他医疗保险 □ 4.无医疗保险 | | | | | |
| 银行账号或一卡通号 | | 开户行：  账号： | | | | | |
| 监护人姓名 | |  | | 与患者关系 |  | 联系  电话 |  |
| 监护人  承诺 | | 一、保证药费补助金按规定使用；  二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查；  三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。  监护人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 乡镇(街道)  残联意见 | | 审核人： （乡镇残联理事长）  公章  年 月 日 | | | | | |
| 县（市、区）残联审批  意见 | | 审核人：  公章  年 月 日 | | | | | |

注:本表由县（市、区）残联存档。

附件2

困难精神残疾人药费补助汇总表

**\_\_\_\_\_\_县（市、区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 乡镇（街道） 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾人证号 | 监护人  姓名 | 家庭住址 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |