

关于印发《威海市刚性支出困难家庭 认定办法（试行）》的通知

威民发〔2025〕8号

各区市民政局、教体局、人力资源和社会保障局、医保局、
残联，国家级开发区相关部门：

现将《威海市刚性支出困难家庭认定办法（试行）》印
发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。

威海市民政局

威海市教育局

威海市人力资源和社会保障局 威海市医疗保障局

威海市残疾人联合会

2025年4月9日

威海市刚性支出困难家庭认定办法

（试行）

第一条 为规范我市刚性支出困难家庭认定工作，健全分层分类的社会救助体系，根据《山东省社会救助办法》（省政府令第279号）、《山东省民政厅 山东省教育厅 山东省人力资源和社会保障厅 山东省医疗保障局 山东省残疾人联合会 关于印发〈刚性支出困难家庭认定办法（试行）〉的通知》（鲁民〔2024〕79号）、《山东省〈关于改革完善社会救助制度的意见〉若干措施》（鲁办发电〔2020〕143号）、《山东省民政厅 山东省教育厅 山东省财政厅 山东省人力资源和社会保障厅 山东省住房和城乡建设厅 山东省农业农村厅 山东省卫生健康委员会 山东省应急管理厅 山东省大数据局 山东省医疗保障局 山东省残疾人联合会 关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的通知》（鲁民〔2024〕23号）和我市有关规定，制定本办法。

第二条 威海市户籍居民在我市申请认定刚性支出困难家庭，适用本办法。

第三条 刚性支出困难家庭认定工作应当遵循属地负责、因地制宜，高效协同、便民利民，精准认定、动态管理，客观公正、公开透明的原则。

第四条 县级人民政府民政部门负责刚性支出困难家庭认定工作，并接受上级人民政府民政部门的指导、监督；认定权限按规定下放至乡镇人民政府（街道办事处）的，县级人民政府民政部门加强指导、监督；村（居）民委员会协助做好相关工作。

第五条 刚性支出困难家庭应当同时具备下列条件：

（一）未纳入最低生活保障、特困人员救助供养范围且未被认定为最低生活保障边缘家庭；

（二）共同生活家庭成员人均收入低于上年度我市城镇或农村居民人均可支配收入；

（三）家庭财产状况符合我市低保边缘政策相关规定，允许拥有评估价值不超过我市年城镇低保标准 3 倍的机动车辆；

（四）提出申请前十二个月家庭刚性支出总额占家庭总收入比例不低于 75%；

（五）县级以上地方人民政府规定的其他条件。

第六条 共同生活家庭成员、家庭收入及核算认定、家庭财产具体内容等参照《威海市最低生活保障管理办法》和《关于进一步做好最低生活保障等社会救助兜底保障工作的通知》有关规定执行，但相关刚性支出在核算家庭收入时不予扣减。

第七条 刚性支出包括以下必需支出：

（一）生活支出。指共同生活家庭成员为维持基本生活而发生的支出，包括必要的衣、食、住、行、用等费用支出。支出金

额以申请家庭共同生活家庭成员数量为单位、按照我市城镇或农村最低生活保障标准的 75%进行认定（申请家庭每月生活支出=我市现行低保标准×75%×共同生活家庭成员数量）。

（二）医疗支出。指共同生活家庭成员在定点医药机构就医就诊发生的，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助、补充医疗保险、商业健康保险、慈善救助等支付后，由个人负担的政策范围内门诊和住院费用，原则上依据有效票据认定。

（三）教育支出。指共同生活家庭成员在幼儿园阶段，或者实施学历教育的全日制普通本科高等学校、高等职业学校、高等专科学校、中等职业学校、普通高中、初中和小学阶段，由个人负担的保教费或者学费、住宿费，原则上按照就读幼儿园、学校所在地的教育主管部门提供的同类公办幼儿园、学校收费标准认定。

（四）残疾康复支出。指共同生活家庭成员中的残疾人接受基本康复训练、护理、辅助器具适配等残疾人基本康复服务，扣除政府补助、医疗保险、医疗救助、慈善救助和商业保险赔付费用等部分后，由个人负担的费用，原则上依据有效票据认定。

（五）因灾、因意外费用支出。指因交通事故、火灾、爆炸、溺水、人身伤害等意外事件，造成家庭财产重大损失或人员伤亡，扣除各种赔偿、保险、政府救助和社会帮扶资金后，实际负担的费用或用于家庭恢复基本生活所必需的费用。

（六）其他支出。由区（市）民政部门根据实际情况另外认定的支出。

前款规定的残疾人基本康复服务及辅助器具范围，按照我市有关目录执行。

第八条 申请认定刚性支出困难家庭，应当以家庭为单位由一名共同生活的家庭成员作为申请人，向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请；实施网上申请受理的地方可以通过互联网提出申请；共同生活的家庭成员申请有困难的，可以委托村（居）民委员会或者其他人员代为提出申请。委托申请的应当办理相应委托手续。

共同生活的家庭成员户籍不在同一县（区、市）的，可以由其中一个户籍所在地与经常居住地一致的家庭成员向其户籍所在地提出申请；共同生活的家庭成员户籍所在地与经常居住地均不一致的，可由任一家庭成员向其户籍所在地提出申请。

第九条 申请认定刚性支出困难家庭，申请人应当如实提交有关材料和反映真实情况，配合开展家庭经济状况调查。共同生活的家庭成员应当提供以下材料：

- （一）共同生活家庭成员的户口簿、居民身份证等证件；
- （二）家庭医疗、教育、残疾康复等刚性支出的有效票据；
- （三）家庭人口、收入和财产状况的书面声明；
- （四）保证所提供的信息材料真实、完整、有效的承诺书；

（五）申请家庭及其法定赡养、抚养、扶养人家庭经济状况查询核对授权书。

第十条 刚性支出困难家庭的申请受理、审核确认工作程序参照我市最低生活保障有关规定执行。刚性支出困难家庭审核确认工作应当自受理申请之日二十个工作日之内完成。存在公示有异议、人户分离或家庭经济状况调查难度较大等特殊情况的，审核确认期限可以延长至四十五个工作日。

第十一条 对于情形复杂的，县级人民政府民政部门可以启动县级困难群众基本生活保障工作协调机制，通过“一事一议”方式集体研究决定。

第十二条 合理认定城市与农村刚性支出困难家庭。对于拥有承包土地或者参加农村集体经济收益分配的家庭，一般按农村刚性支出困难家庭认定。

第十三条 经审核认定为刚性支出困难家庭的，有效期一般不超过十二个月。在有效期内，刚性支出困难家庭按照规定获得相应社会救助或者帮扶。

有效期满后，需要继续认定为刚性支出困难家庭的，应当按照本办法重新申请，前期已经提交且无变化的申请材料，不要求重复提交。

第十四条 申请或退出最低生活保障、特困人员救助供养、低保边缘家庭的对象，经审核其家庭经济状况不符合相应认定条

件，但符合刚性支出困难家庭认定条件的，经本人同意后，可以依照其申请资料和调查核实情况，直接转入刚性支出困难家庭认定程序，相关申请资料不再重复提交。

第十五条 刚性支出困难家庭中共同生活的家庭成员同时满足以下条件的，认定为刚性支出困难家庭大病患者（又称“因病致贫重病患者”），不再重复提交相关材料。

（一）未纳入返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象；

（二）患者本人在我省参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险；

（三）提出申请之月前十二个月内，政策范围内个人负担费用超过我市上年度城镇或者农村居民人均可支配收入。

刚性支出困难家庭由民政部门负责认定。已经认定为刚性支出困难家庭的，可持通知书向户籍地医保部门申请刚性支出困难家庭大病患者（又称“因病致贫重病患者”），经医保部门审核确认后，按照规定给予相应医疗救助。

第十六条 县级以上地方人民政府民政部门应当依托低收入人口动态监测信息平台，将刚性支出困难家庭纳入常态化监测预警范围，为相关社会救助管理部门开展刚性支出困难家庭救助帮扶提供信息查询、需求推送等服务支持。

第十七条 县级以上地方人民政府民政部门应畅通社会救助服务热线，受理对刚性支出困难家庭认定工作的咨询、投诉、

举报，接受社会监督。

第十八条 《威海市民政局 威海市财政局 威海市医疗保障局关于转发〈山东省民政厅 山东省财政厅 山东省医疗保障局关于印发《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》的通知〉的通知》（威民函〔2023〕19号）同时废止。

- 附件：
- 1.刚性支出困难家庭申请审核确认表（样表）
 - 2.刚性支出困难家庭审核公示（样表）
 - 3.刚性支出困难家庭确认通知书（样表）
 - 4.不予批准刚性支出困难家庭告知书（样表）

附件 1

刚性支出困难家庭申请审核确认表（样表）

申请人姓名				居民身份证号码							
性别			出生日期			民族			婚姻状况		
健康状况			劳动能力			学业状况			就业状况		
联系方式				文化程度			共同生活家庭成员				
户籍地		_____省_____市_____县（市、区）_____乡镇（街道） _____村（社区）									
居住地		_____省（区、市）_____市（州）_____县（市、区）_____乡 _____镇（街道）_____村（社区）									
代理人姓名				与申请人关系				代理人电话			
共同生活家庭成员	姓名	民族	劳动能力	与申请人关系	婚姻状况	健康状况	就业状况	月收入（元）	居民身份证号码		

非共同生活赡养抚养人信息	姓名	民族	劳动能力	与申请人关系	婚姻状况	健康状况	就业状况	月收入(元)	居民身份证号码
家庭收入支出状况	家庭月收入(元)				刚性支出类型		☐ 生活支出 ☐ 医疗支出 ☐ 教育支出 ☐ 残疾康复支出 ☐ 因灾、因意外费用支出 ☐ 其他支出		
	近12个月刚性支出金额(元)	总花费_____元,含生活支出_____元,自负医疗支出_____元 (总额_____元,其中经基本医疗保险报销_____元、大病保险报销_____元、其他补充医疗保险报销_____元、商业健康保险赔付_____元)、教育支出_____元、残疾康复支出_____元、因灾因意外费用支出_____元,其他支出_____元 (详细列明,分别是_____)。							

家庭财产 情况	1.银行存款：_____元。 2.有价证券：_____元。 3.债权：_____元。 4.房产：房屋地址_____, 建筑面积_____m², 房屋性质_____, 房屋来源_____, 购（建）房时间 _____年_____月。 5.机动车：车主姓名_____, 车型_____, 车牌 号_____, 排气量_____, 购买时间_____年_____月, 购 买金额_____元。 6.机动船舶：船主姓名_____, 船型_____, 船牌 号_____, 排气量_____, 购买时间_____年_____月, 购 买金额_____元。 7.其他财产: 备注：上述财产情况可根据实际自行增添。
--------------------	---

威海市社会救助家庭经济状况核对授权书

本人姓名：_____，身份证号：_____，现申请刚性支出困难家庭认定。

本人及家庭成员（含具有法定赡养、抚养、扶养义务关系的非共同生活的家庭成员，下同）郑重承诺，上述表格中所填报的内容真实、准确、完整，愿意接受社会救助管理部门的调查并承担相应的法律责任。

本人及家庭成员授权社会救助经办机构及各级社会救助家庭经济状况核对机构在本家庭申请及获得社会救助期间，通过但不限于教育、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、自然资源、住房城乡建设、农业农村、卫生健康、退役军人、应急、市场监管、医保、税务、工会、共青团、残联、妇联等单位以及银行、证券、保险等金融机构，查询、核对本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息。本人及家庭成员亦同意所有涉及本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息的单位、机构将相关信息提供给社会居住经办机构和核对机构。

申请人及委托代理人签名（按捺指纹）：

年 月 日

备注：1.有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当由委托代理人签字并按捺指纹，无书写能力的申请人应当由有书写能力的委托代理人代签并按捺本人指纹。2.本诚信承诺及核对授权书一式一份，由乡镇人民政府（街道办事处）保管，作为开展社会救助家庭经济状况核查比对的依据并存档。

以上部分由申请人填写，以下部分由工作人员填写				
核算情况	提出申请前 12 个月家庭刚性支出总额占家庭总收入比例			
		%		
调查核实情况	经调查核实，申请人家庭收入、家庭财产、刚性支出情况和生活状况 符合☐/不符合☐ 刚性支出困难家庭条件。 调查核实人员签字： 年 月 日			
公开公示	有异议 ☐ 无异议 ☐	异议核实情况		
乡镇（街道） 审核意见	经调查、审核、公示无异议，同意将_____乡镇（街道） _____村（社区）_____（户主）家庭认定为刚性支出困难家庭。 盖 章 年 月 日			
	经办人		负责人	

填表说明：1.婚姻状况填写以下分类：（1）未婚；（2）已婚；（3）

丧偶；（4）离婚。

2.健康状况填写以下分类：（1）健康或良好；（2）一般或较弱；（3）重病。

3.劳动能力填写以下分类：（1）有劳动能力；（2）部分丧失劳动能力；（3）完全丧失劳动能力；（4）无劳动能力。

4.学业状况填写以下分类：（1）在读；（2）毕业；（3）肄业；（4）结业；（5）休学。

5.就业状况填写以下分类：（1）在职人员；（2）登记失业人员；（3）无就业人员（原未登记失业人员）；（4）灵活就业人员；（5）离退休人员；（6）务农人员；（7）务工人员；（8）在读人员；（9）非法定年龄就业状况。

6.文化程度填写以下分类：（1）文盲或半文盲；（2）博士研究生；（3）硕士研究生；（4）大学本科；（5）大学专科或专科学校；（6）中等专业学校或中等技术学校；（7）技工学校；（8）高中；（9）初中；（10）小学；（11）幼儿园；（12）学龄前；（13）特殊教育。

7.近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

8.与申请人的关系：（1）配偶；（2）子/婿；（3）女/媳；（4）孙子女/外孙子女；（5）父母/岳父母/公婆；（6）祖父母/外祖父母；（7）兄弟姐妹；（8）其他。

9.有价证券：包括股票、债券及基金证券、可转换证券等衍生品种。

10.房屋性质填写以下分类：（1）自有私房；（2）租用公房；（3）

租用私房；（4）临时搭建房；（5）借住房。

11.房屋来源：（1）自购房；（2）自建房；（3）回迁房；（4）承租公房。

12.该表格样式供参考，各区市可结合实际情况调整完善。

附件 2

刚性支出困难家庭审核公示（样表）

经申请、审核，拟认定_____村（社区）下列家庭为刚性支出困难家庭，现予公示（公示期为 7 天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。

公示时间：____年__月__日至____年__月__日
乡镇（街道）举报电话：_____

盖 章
年 月 日

序号	家庭所在村（社区）	户主姓名	共同生活家庭成员

附件 3

刚性支出困难家庭确认通知书（样表）

（_____年第_____号）

_____乡镇（街道）_____村（社区）_____先生/女士：

经您或您家庭成员_____申请，根据《威海市刚性支出困难家庭认定办法（试行）》等规定，乡镇人民政府（街道办事处）对您家庭的人口、收入、财产、支出、实际生活等状况及资料进行了调查审核。经审核、公示无异议，现正式告知您，您的家庭被确认为我乡镇（街道办事处）_____（城市/农村）刚性支出困难家庭。

特此通知

乡镇（街道）联系电话：_____

盖 章

年 月 日

☐ 申请人已签收本通知书。

送达人：_____

见证人：_____

日 期：_____年_____月_____日

☐ 申请人未当面签收本通知书，但送达人已口头告知。

送达人：_____

见证人：_____

无法签收事由：_____

日 期：_____年_____月_____日

备注：

1.该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。

2.申请人无法接受本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。

3.送达人可以邀请有关基层组织或所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

4.本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档。

附件 4

刚性支出困难家庭不予批准告知书样表

(____ 年第 ____ 号)

____ 乡镇（街道办） ____ 村（社区） ____ 女士/先生：

您于 ____ 年 ____ 月 ____ 日提交刚性支出困难家庭申请，经调查审核，根据《威海市刚性支出困难家庭认定办法（试行）》等文件规定，您因

☐共同生活的家庭成员人均收入为 ____ 元/月（年），超过我市上年度城镇或农村居民人均可支配收入；

☐家庭财产状况不符合最低生活保障边缘家庭财产状况规定，具体表现为： ____；

☐提出申请前十二个月家庭刚性支出总额为 ____，占家庭总收入比例为 ____，低于 75%；

不符合刚性支出困难家庭条件，不予批准，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

乡镇（街道）联系电话： ____

盖 章

年 月 日

☐ 申请人已签收本通知书。

送达人：_____

见证人：_____

日 期：_____年_____月_____日

☐ 申请人未当面签收本通知书，但送达人已口头告知。

送达人：_____

见证人：_____

无法签收事由：_____

日 期：_____年_____月_____日

备注：

1.该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。

2.申请人无法接受本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。

3.送达人可以邀请有关基层组织或所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

4.本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档。