

武 胜 县 民 政 局
武 胜 县 财 政 局文件
武 胜 县 残 疾 人 联 合 会

武民发〔2021〕60号

关于建立三、四级精神和智力残疾人
护理补贴制度的通知

各乡镇人民政府：

根据市民政局市财政局市残联《关于建立三、四级精神和智力残疾人护理补贴制度的通知》（广市民〔2021〕92号）要求，从2021年7月1日起，全县建立三、四级精神和智力残疾人护理补贴制度。现将有关事宜通知如下。

一、发放对象和标准

发放对象为持有第二代残疾人证、残疾等级为三、四级精神和智力残疾的武胜县户籍残疾人。补贴标准：对三级精

神或智力残疾人按每人每月不低于 40 元的标准给予护理费用补贴，对四级精神或智力残疾人按每人每月不低于 30 元的标准给予护理费用补贴。

二、资金安排

发放三、四级精神和智力残疾人护理补贴所需资金纳入地方财政预算安排。市级财政补助 30%，不足部分由县财政预算安排。

三、申领程序

（一）自愿申请。三、四级精神和智力残疾人护理补贴由残疾人向户籍所在地乡镇人民政府受理窗口提交书面申请书。残疾人的法定监护人，法定赡养、抚养、扶养义务人，所在村民（居民）委员会或其他委托人可以代为办理申请事宜。申请三、四级精神和智力残疾人护理补贴应持有效中华人民共和国残疾人证，并提交相关证明材料。

（二）逐级审核。乡镇人民政府依托社会救助、社会服务“一门受理、协同办理”机制，受理三、四级精神和智力残疾人护理补贴申请并进行初审。初审合格材料报县残联审定，县残联审定合格的材料报县民政局审定，审定合格后在乡镇进行公示。

（三）补贴发放。经公示后无异议的补贴名单，由乡镇在社会保障卡“一卡通”发放监管系统中录入相关信息数据，发起补贴资金发放申请，县民政局、县财政局在系统中依次

对补贴名单进行审核并发放。补贴资格审定合格的残疾人自递交申请当月计发补贴。三、四级精神和智力残疾人护理补贴按月发放，原则上实行社会化发放。

有下列情形之一的，应停止发放相应补贴：

1.残疾人死亡的；2.残疾人户籍迁出本县的；3.残疾证过期或注销的；4.申请材料弄虚作假的；5.其他不符合发放条件的。

四、政策衔接

既符合三、四级精神和智力残疾人护理补贴条件，又符合重度残疾人、老年、因公致残、离休等福利性生活补贴（津贴）、护理补贴（津贴）条件的残疾人，可择高申领其中一类护理补贴（津贴）。三、四级精神和智力残疾人护理补贴不计入城乡最低生活保障家庭的收入。领取工伤保险生活护理费、纳入特困人员供养保障的残疾人不享受三、四级精神和智力残疾人护理补贴。

各乡镇人民政府在审核申请材料时，要审核有关政策的衔接情况。对不符合以上政策衔接要求的，应审定为不合格，并向申请人说明原因。

五、工作要求

（一）高度重视。建立残疾人三、四级精神和智力残疾人护理补贴制度，是贯彻落实党中央、国务院、省委、省政府、市委、市政府、县委和县政府决策部署，加强经济新常

附件 1

武胜县三、四级精神和智力残疾人 护理补贴申请审批表

残疾人姓名		性 别		出生年月		户籍类别	城镇 ☐ 农村 ☐
家庭人口		残疾类别		残疾等级			
是否已享受 特困 ☐ 孤儿 ☐ 工伤保险 ☐ 高龄津贴 ☐ 低保 ☐ 贫困户 ☐ 其它							
身份证号				残疾证号			
信用社开户名		开户名与残疾申请人关系					
信用社开户帐号							
户籍地址	广安市武胜县 乡（镇） 村（社区） 组						
联系电话	座机： 手机：						
申请人意见	本申请人自愿提出申请。本申请人（监护人）了解三、四级精神和智力残疾人护理补贴政策，所填写内容和提交材料真实有效，如有虚假，愿退还所违规领取的资金，并承担相应责任。 申请人（监护人）签名： 年 月 日						
乡（镇）审核意见	经初审，申请人符合资格条件，公示7天无异议。 负责人签名： 乡镇盖章： 年 月 日						
县残联复审意见	申请人持有的残疾证合法有效。 负责人签名： 盖章： 年 月 日						
县民政局审定意见	申请人符合领取重度护理补贴资格条件，拟从 年 月起给予其发放护理补贴。 负责人签名： 盖章： 年 月 日						

附:残疾人身份证、户口簿、残疾证复印件等材料。如果打卡人不是残疾人本人的,须附打卡人身份证复印件

附件 2

武胜县 年 月 三、四级精神和智力残疾人员新增花名册

填报单位：

上报时间： 年 月 日

序 号	姓名	性别	残疾证号	残疾 类别	残疾 等级	家庭 类别	家庭住 址	申请时 间	月发放 标准	发放 月数	发放 金额	开户行	开户人姓名	社保卡号	备注
1															

乡镇主要领导：

分管领导：

经办人：

附件 3

武胜县_____年__月三、四级精神和智力残疾人员退出花名册

填报单位：

上报时间：_____年__月__日

序号	姓名	性别	残疾证号	残疾类别	残疾等级	家庭类别	家庭住址	申请时间	清退原因	清退时间	备注
1											

乡镇主要领导：

分管领导：

经办人：

