松江区新浜镇人民政府文件

浜府规〔2025〕2 号

关于印发《新浜镇困难人员入住保基本养老机构补贴办法》的通知

各村居（筹）、新浜敬老院:

现将《新浜镇困难人员入住保基本养老机构补贴办法》印发给你们，请遵照执行。

上海市松江区新浜镇人民政府

2025 年 3 月 28 日

新浜镇困难人员入住保基本养老机构补贴办法

根据《上海市松江区民政局关于调整松江区保基本养老机构服务收费标准的通知》(沪松民〔2025〕1号)、《关于印发〈2024年松江区农业农村委员会工作要点〉的通知》(松农发〔2024〕11号)等文件精神，为更好落实乡村振兴战略部署，扎实推进新浜镇农村综合帮扶工作，进一步做好本市居家养老服务制度、长期护理保险制度、残疾人机构养护等政策的衔接工作，帮扶困难老年人解决入住养老机构难的问题，保障养老服务市场健康发展，特制定本办法。

一、适用对象

入住在本镇保基本养老机构(新浜敬老院)内且符合条件的困难老年人、机构养护重残无业人员以及特殊情况的低保家庭成员。

二、补贴条件

申请补贴对象须同时具备下列条件:

1.具有本镇户籍的;

2.须经本区老年照护统一需求评估、符合入住条件的困难老年人，或须经区残联批准、符合入住条件的机构养护重残无业人员，或是经镇长办公会议认定的特殊情况的低保家庭成员。

3.困难老年人还应是经政府批准或认定的下列类型对象之一:

（1）城乡特困供养人员（含镇级参照特困供养对象);

（2）低保边缘家庭老年人，重点优抚对象老年人，残疾老年人，特殊困难老年人。

三、补贴标准

1.城乡特困供养人员（含镇级参照特困供养对象): 缺额部分镇财政给予兜底保障。

即其本人在入住养老机构的综合缴费（指抵扣居家养老服务、长护险服务等国家政策性补贴后个人还缴纳的床位费、护理费、额定餐饮费）超出本市特困人员供养标准（2025年为2075元/月）时，其缺额部分由镇财政予以兜底保障。

2.低保边缘家庭老年人、重点优抚对象老年人、残疾老年人、特殊困难老年人: 镇财政给予每月100元床位费补贴;

3.机构养护重残无业人员:镇财政给予每月100元的床位费补贴;

4.特殊情况的低保家庭成员:镇财政给予每月100元床位费补贴。

四、申请方式

1.符合条件者应自愿申请，可向村居委会或养老机构提出，

领取并填写《新浜镇困难人员入住养老机构补贴申请表》。

2.申请人将《申请表》交至养老机构，由养老机构、镇相关部门依序审核后，提交镇政府审批。审批结果向养老机构反馈。

3.养老机构可每半年向镇政府提出入住困难人员补贴费拨付申请（须附困难人员补贴费明细汇总表），经政府审核审批后由镇财政拨给申请人个人银行账户。

五、相关说明

1.困难老年人入住养老机构期间，其依申请获准享受的居家养老服务费补贴、长护险服务补贴等按国家政策执行，可抵扣其相应项目缴费，由养老机构负责办理;

2.机构养护重残无业人员入住养老机构期间其依申请获准享受的机构养护服务费按市、区残联政策执行，可抵扣其相应项目缴费，由养老机构负责办理。

3.特殊困难老年人是指孤寡老年人（无法定赡（扶）养人且经济收入不超过本市“低保边缘”标准的150%），由村（居）委会负责认定。

六、其他

1.本办法自2025年5月15日起实施，有效期至2030年5月14日。本办法由新浜镇人民政府负责解释。

2.本办法如与上级政策有冲突或在实施过程中遇上级政策

调整的，则以上级文件为准。

附件：新浜镇困难人员入住保基本养老机构补贴申请表

附件

新浜镇困难人员入住保基本养老机构补贴申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">入住养老机构名称</td><td colspan="2"></td><td>入院时间</td><td></td></tr>
<tr><td>申请人类别</td><td colspan="5">☐特困供养人员（含镇级参照对象）☐低保、低保边缘家庭成员　　☐重点优抚对象老年人　　☐残疾老年人
☐特殊困难老年人　　☐机构养护重残无业人员</td></tr>
<tr><td>照护等级</td><td colspan="2"></td><td>评估日期</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请事项</td><td colspan="5">本人向镇政府申请入院床位费补贴：_____元/月。承诺提供信息属实，否则愿承担相关责任。

申请人（签名）：_____　　20___年__月__日</td></tr>
<tr><td colspan="3">养老机构证明意见：
该申请人已签入院协议，本院自_____年___月开始收费。

单位盖章：
年　月　日</td><td colspan="3">相关职能部门审核意见：
村居委会（适用特殊困难老年人）：

社救（适用低保、低保边缘家庭成员）：

单位盖章：
年　月　日</td></tr>
</table>

镇社事办审核意见： 拟同意。建议镇政府补贴床位费_____元/月。 部门盖章： 年　　月 日	镇政府审批意见： 审批人（签名）： 年　　月 日

新浜镇人民政府党政办公室　　2025 年 3 月 31 日印发