

厦门市海沧区残疾人联合会

厦门市海沧区民政局文件

厦门市海沧区财政局

厦海残规〔2025〕3号

关于印发《厦门市海沧区一户多残低保
及低保边缘家庭生活补助管理办法》的通知

各有关单位：

现将《厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助管理办法》印发给你们，请遵照执行。

厦门市海沧区残疾人联合会



厦门市海沧区民政局



厦门市海沧区财政局

2025年12月25日



(此件主动公开)

厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助管理办法

第一条 为进一步完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系，改善本区一户多残低保及低保边缘家庭的生活状况，加快推进本区残疾人事业全面发展、高质量发展，根据《中华人民共和国残疾人保障法》、《厦门市“十四五”残疾人保障和发展专项规划》（厦府〔2022〕100号）文件要求，结合本区实际，制定本办法。

第二条 补助条件：具有本区户籍、同一户口本中有两人以上(含两人)持有效《中华人民共和国残疾人证》的低保及低保边缘家庭,适用本办法。

第三条 区残联是本区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助的监督部门，负责一户多残低保及低保边缘家庭生活补助工作的监督；民政部门负责低保及低保边缘家庭认定，街道负责其本辖区内一户多残低保及低保边缘家庭生活补助工作的调查、组织、实施、审批、核发。

各街道要严格审核审批手续，并做好动态管理工作。对申请对象享受生活补助条件发生变化或者家庭内残疾人口发生变化的，应及时办理增发、减发、停发生活补助金手续。

第四条 补助标准：符合补助条件的一户多残低保及低保边缘家庭，每户每月发放生活补助金500元。

第五条 符合补助条件的残疾人申请生活补助，由户主（或

监护人)于每月 25 日前向户籍所在地村(居)委会提出书面申请。申请时,应提交以下证件和材料:

1. 《厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助申请表》(详见附件 1);
2. 户主及家庭残疾成员户口簿、身份证原件及复印件;
3. 家庭残疾人成员的《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件;
4. 当年度民政部门出具的低保或低保边缘家庭证明(加盖与原件核对无误的核对章)。
5. 补助对象户主或其中一名残疾人的银行账户复印件。

第六条 村(居)委会接到申请后,应及时对申请人家庭的低保及低保边缘人口状况和家庭残疾人口情况进行调查,并将调查核实情况进行张榜公示,公示时间为 3 个工作日,并在公示结束后 5 个工作日内签署审核意见,报街道审批。

第七条 各街道应当对申请人的低保及低保边缘家庭状况和家庭残疾人口情况进行复核,在收到报送材料后 5 个工作日内完成审批,并向区残联报备。

单位或者个人对申请对象有异议的,可以向街道提出。受理部门应进行调查,并在 5 个工作日内提出处理意见。

第八条 享受生活补助的低保及低保边缘残疾人家庭应在每年的 1 月向各村(居)委会重新申请当年度的补助。

第九条 生活补助金从递交申请当月计发补助,由街道按月发放。

第十条 村（居）委会应定期核查做好动态管理工作，对申请对象在享受生活补助待遇期间，若享受生活补助条件和家庭内残疾人口发生变化的应及时办理增发、减发、停发生活补助金手续。

第十一条 街道残联应当对申请对象的低保及低保边缘家庭状况和家庭内残疾人口变化情况定期进行复查，做好动态管理工作。严格执行审核审批、发放手续及档案管理等，并依法接受审计、财政等部门的监督检查。

第十二条 申请一户多残低保及低保边缘家庭生活补助的残疾人，应当接受相关调查，申请对象应如实提供所需证件和材料；对拒绝或无正当理由不按时提供有关材料、拒绝或不配合相关调查的，将不予以办理。

第十三条 对提供虚假证明、信息等不正当手段骗取补助金的，各街道取消其补助资格，并依法追回已发放的补助金。

第十四条 区残联根据当年度各街道残联上报的一户多残低保及低保边缘家庭生活补助汇总情况，编制年度预算报送区财政局，由区财政局落实相关经费。

区残联根据各街道残联上报预算数据，及时将资金下拨各街道。

第十五条 区残联、区财政局要做好一户多残低保及低保边缘家庭生活补助经费使用情况的检查与监督工作，确保补助经费专款专用。对在一户多残低保及低保边缘家庭生活补助申请、审核、审批、核发过程中，弄虚作假、截留挪用、虚报冒领的，一

经发现，依法追究相关责任。

第十六条 本办法自 2026 年 1 月 26 日起施行，有效期 5 年。2026 年 1 月 1 日至实施之日期间符合条件的补助对象参照本办法执行。原《海沧区一户多残低保家庭生活补助管理办法》（厦海残规〔2020〕2 号）同时废止。

第十七条 本办法由区残联负责解释。

附件：

1. 厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助申请表
2. 厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助公示表
3. 厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助汇总表

附件 1:

厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭 生活补助申请表

户主			性别		出生年月			
身份证号						联系电话		
家庭住址								
户籍内 残疾人口	共计 名残疾人	姓名	与户主 关系	年龄	残疾 类别	残疾 等级	残疾证号	经济状况: ①低保家庭 ②低保边缘家庭
申请人(签字) 年 月 日								
村(居)委会审核意见: 受理人(签字): 年 月 日 审核人(签字): 年 月 日 单位(盖章)								
街道审批意见: 符合补助条件, 同意给予每户每月____元生活补助。自____年____月开始执行。 复核人(签字): 审批人(签字): 单位(盖章) 年 月 日								

备注: 申请表一式 2 份, 村(居)委会、街道残联各存一份。

附件 2:

厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭 生活补助公示表

根据《厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助管理办法》规定条件,现将申请一户多残低保及低保边缘家庭生活补助的情况公示如下:

一、补助对象必须同时符合下列条件:

具有本区户籍、同一户口本中有两人以上(含两人)持有效《中华人民共和国残疾人证》的低保及低保边缘家庭,适用本办法。

二、申请人情况:

_____等____户系本村(社区)居民,申请一户多残低保及低保边缘家庭生活补助。现予以公示,基本情况如下:

序号	姓名	年龄	残疾类别	残疾等级	家庭住址

对上述公示情况有异议的,请在 3 日内向村(居)委会反映。

公示时间: 年 月 日— 年 月 日

联系电话:

村(社区)(盖章):

年 月 日

附件 3:

厦门市海沧区一户多残低保及低保边缘家庭生活补助汇总表

单位: _____

序号	姓名	性别	家庭住址	联系电话	残疾证号	低保或低保边缘家庭	发放标准 (元/户/月)	执行时间	至年底应发经费 (万元)
1									
2									
3									
4									
5									
合计: _____户 _____人, 共计发放 _____万元									

分管领导:

经办人:

厦门市海沧区残疾人联合会

2025 年 12 月 25 日印发
