

烟 台 市 民 政 局
烟 台 市 教 育 局
烟台市人力资源和社会保障局 文件
烟 台 市 医 疗 保 障 局
烟台市残疾人联合会

烟民〔2025〕9号

关于印发《烟台市刚性支出困难家庭
认定细则（试行）》的通知

各区市民政局（社会事务局）、教育（教体）局、人力资源社会保障局、医保局、残联：

现将《烟台市刚性支出困难家庭认定细则（试行）》印发给

你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。



烟台市民政局



烟台市教育局



烟台市人力资源和社会保障局



烟台市医疗保障局



烟台市残疾人联合会

2025年3月10日

烟台市刚性支出困难家庭认定细则（试行）

第一章 总 则

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〈山东省刚性支出困难家庭认定办法（试行）〉的通知》（鲁民〔2024〕79号）、《烟台市民政局 中共烟台市委社会工作部 烟台市教育局 烟台市公安局 烟台市财政局 烟台市人力资源和社会保障局 烟台市住房和城乡建设局 烟台市农业农村局 烟台市卫生健康委员会 烟台市退役军人事务局 烟台市应急管理局 烟台市医疗保障局 烟台市大数据局 烟台市总工会 共青团烟台市委 烟台市妇女联合会 烟台市残疾人联合会 烟台市消防救援支队印发〈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实施意见〉的通知》（烟民〔2024〕31号），市委办公室、市政府办公室关于改革完善社会救助制度的有关要求，制定本细则。

第二条 烟台市户籍居民申请认定刚性支出困难家庭，适用本细则。

第三条 刚性支出困难家庭认定工作应当遵循以下原则：

（一）属地负责，因地制宜；

- (二) 高效协同，便民利民；
- (三) 精准认定，动态管理；
- (四) 客观公正，公开透明。

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要加强指导、监督；村（居）民委员会协助做好相关工作。

第二章 认定条件

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年收入低于上年度当地城镇或农村居民人均可支配收入；
- (三) 提出申请之月前十二个月家庭刚性支出总额占家庭总收入比例不低于 80%；
- (四) 家庭财产状况符合我市低保边缘家庭财产相关规定；
允许共同生活家庭成员拥有现值（现值=原值-每年折旧额×使用年数，每年折旧额=原值÷预计使用年限 15 年）不超过我市年城镇最低生活保障标准 3 倍的机动车辆。
- (五) 县级以上地方人民政府规定的其他条件。

第六条 共同生活家庭成员范围界定，共同生活家庭成员及

非共同生活的法定赡养（抚养、扶养）人家庭收入及核算认定、家庭财产具体内容等参照《烟台市民政局 烟台市财政局 烟台市人力资源和社会保障局 烟台市残疾人联合会关于印发〈烟台市最低生活保障管理实施办法〉的通知》（烟民〔2022〕12 号）和烟台市民政局等 4 部门《关于转发鲁民〔2023〕44 号文件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》（烟民〔2023〕43 号）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 家庭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 70%进行认定（申请家庭每月生活支出=当地现行低保标准×70%×共同生活家庭成员数量）。

（二）医疗支出。指共同生活家庭成员因患病在医保定点医药机构就医就诊发生的，经基本医疗保险、大病保险（含职工大额医疗费用补助）、医疗救助、补充医疗保险、商业健康保险、慈善救助等支付后，由个人负担的门诊和住院费用刚性支出（不含未凭医保定点医疗机构医师开具处方且在零售药店或中医诊所自行购买的药品、保健品费用，中医保健理疗费用、高档中药材费用，医疗美容费用等非刚性支出以及就医就诊过程中产生的交通费、住宿费、陪护费等间接费用）。支出金额按照有效医疗票据认定。

（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。支出金额按照就读幼儿园、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款等部分后，由个人负担的康复费用刚性支出。残疾人基本康复服务及辅助器具范围，按照《烟台市残疾人基本型辅助器具适配服务目录》执行。支出金额按照有效票据认定。

（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。支出金额按照有效票据认定。

以上五项刚性支出不做重复扣减。

第八条 家庭成员有下列行为之一的，应当暂缓或者不予受理其刚性支出困难家庭申请：

（一）在法定劳动就业年龄段内，有劳动能力无正当理由拒绝就业或拒绝从事生产劳动的；

（二）不按规定提供完整有效申请材料，或拒绝配合社会救助经办机构、经办人员对其家庭状况进行调查，致使无法核实家庭收入和财产的；

（三）故意隐瞒家庭及其法定赡养、抚养、扶养人家庭人口、收入和财产状况，或者提供虚假申请材料的；

（四）法定赡养、抚养、扶养人有赡养、抚养、扶养能力，但未依法履行义务，致使申请人家庭人均年收入低于上年度当地城镇或农村居民人均可支配收入的；

（五）在高收费学校就读（含入托、出国留学）的；

（六）以威胁、暴力等不正当手段申请刚性支出困难家庭的；

（七）故意采取导致无经济来源或者家庭收入、财产减少的其他行为的。

第三章 认定程序

第九条 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区市的，优先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。

对申请最低生活保障、特困人员救助供养、支出型临时救助以及最低生活保障边缘家庭认定、刚性支出困难家庭认定的，采取“五合一”审核确认，实行“一次申请授权、一次调查核对、分类审核确认”。根据申请家庭救助需求和经济状况调查结果，逐一对照有关低收入人口认定条件，分类审核认定。同时符合多重身份的，经申请人同意，享受相应救助保障待遇。

第十条 申请认定刚性支出困难家庭，申请人应当如实、完整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（原件及复印件）；

（二）家庭医疗、教育、残疾康复等刚性支出的有效票据（原件及复印件）；

（三）《刚性支出困难家庭申请审核确认表》（附件1）。

第十一条 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起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。

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 经审核认定为刚性支出困难家庭的，有效期为十二个月，自做出审核确认决定之日起生效。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，应当按照本细则重新申请，前期已经提交且无变化的申请材料，不要求重复提交。

第十五条 退出最低生活保障、特困人员救助供养、最低生活保障边缘家庭的对象，经审核其家庭经济状况符合刚性支出困难家庭认定条件的，经本人同意后，可以直接转入刚性支出困难家庭。

第十六条 已经认定为刚性支出困难家庭的，共同生活的家庭成员同时满足以下条件的，可向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）负责医保业务的窗口申请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”）。前期认定刚性支出困难家庭时，已经提交且无变化的申请材料不要求重复提交，由乡镇人民政府（街道办事处）转交县级医保部门存档。

（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当地上年度城镇或者农村居民人均可支配收入。

政策范围内个人负担费用是指，患者在定点医药机构就医发生的住院医疗费用、门诊慢特病费用以及单独支付病种的药品费用，经基本医保、居民大病保险、职工大额医疗费用补助等报销后政策范围内统筹基金支付后的个人自付部分，以及基本医保、居民大病保险、职工大额医疗费用补助年度起付标准以下和最高支付限额以上的费用。

刚性支出困难家庭由民政部门负责认定，其中，刚性支出困难家庭大病患者经医保部门审核确认后，按照《烟台市人民政府办公室关于印发烟台市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知》（烟政办发〔2022〕25号）规定给予相应医疗救助。

第四章 服务管理和监督

第十七条 县级以上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。

第十八条 县级以上人民政府民政部门应当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。

第十九条 相关工作人员在履行刚性支出困难家庭认定职责过程中存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责，但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的，应依法依规免于问责。

第五章 附 则

第二十条 《烟台市民政局 烟台市财政局 烟台市医疗保障局关于转发鲁民〔2023〕16号文件做好因病致贫重病患者认定工作的通知》（烟民〔2023〕22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. 刚性支出困难家庭不予认定告知书（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	人	
户籍地	省 ____市 ____县（市、区）____乡镇（街道） ____村（社区）								
居住地	省 ____市 ____县（市、区）____乡镇（街道） ____村（社区）								
代理人姓名	（本人签字并按捺指纹）			与申请人关系			代理人联系电话		
共同生活家庭成员情况	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(扶养、抚养)人家庭成员情况	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
家庭收入支出情况(共同生活家庭成员)	家庭人均年收入(元)	元/年							
	提出申请之前十二个月家庭刚性支出金额(元)	总支出_____元。其中， 生活支出_____元(申请家庭每月生活支出=当地现行低保标准×70%×共同生活家庭成员数量); 医疗支出_____元; 教育支出_____元; 残疾康复支出_____元; 因灾、因意外费用支出_____元。							
家庭财产情况(共同生活家庭成员)	1. 金融资产: 银行存款_____元, 有价证券_____元, 债权_____元, 其他金融资产_____元。 2. 房产: 房屋数量_____套, 房屋地址 _____, 建筑面积_____平方米, 房屋性质 _____, 房屋来源 _____, 购(建)房时间_____年_____月。 3. 机动车辆: 车辆数量_____辆, 车主姓名 _____, 车型 _____, 车牌号 _____, 购买时间_____年_____月, 购买金额_____元。 4. 机动船舶: 船舶数量_____艘, 船主姓名 _____, 船牌号 _____, 购买时间_____年_____月, 购买金额_____元。 5. 大型农机具: 农机具数量_____个, 农机具主姓名 _____, 购买时间_____年_____月, 购买金额_____元。 6. 开办或者投资企业、个体工商户、农民专业合作社等形成的资产_____元。 7. 其他财产: _____。 备注: 上述财产有两种及以上情况的可根据实际自行增添。								

山东省社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书

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、自然资源和规划、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救助经办机构和核对机构。

授权人及共同生活家庭成员签名（按捺指纹）：

序号	姓名（指纹）	身份证号码	与户主关系	签名日期
1			户主本人	
2				
3				
4				
5				
6				

非共同生活的法定赡养、抚养、扶养义务人签名（按捺指纹）：

序号	姓名（指纹）	身份证号码	与户主关系	签名日期
1				
2				
3				
4				
5				
6				

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	共同生活家庭成员人均年收入情况		元/年	
	提出申请之月前十二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			
公开公示情况	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）_____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. 共同生活家庭成员包括：配偶；未成年子女（包括养子女、继子女、非婚生子女）；已成年但不能独立生活的子女（包括在校接受全日制大学本科及以下学历教育的成年子女）；其他具有法定赡养、抚养、扶养义务关系并长期共同居住的人员。
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. 车型填写以下分类：（1）家用汽车；（2）货车；（3）普通二轮车；（4）三轮摩托车；（5）残疾人代步车；（6）其他类型。
13. 该表格样式供参考，各地可结合当地实际情况调整完善。

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，向本乡镇（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）	拟认定家庭户主姓名	备 注

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（您的共同生活家庭成员或您委托的代理人）_____申请，根据《烟台市刚性支出困难家庭认定细则（试行）》等规定，本乡镇人民政府（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和审核。

经调查、审核、公示无异议，现正式告知您，您的家庭已被确认为本乡镇（街道）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. 申请人无法接收本通知书的，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者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认定告知书（样表）

（ _____ 年第 _____ 号 ）

_____ 乡镇（街道） _____ 村（社区） _____ 先生/女士：

您（您的共同生活家庭成员或您委托的代理人） _____ 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日向本乡镇（街道）提交刚性支出困难家庭申请，经调查、审核，根据《烟台市刚性支出困难家庭认定细则（试行）》等规定，您的家庭因：

☐ 共同生活家庭成员人均年收入为 _____ 元/年，超过上年度当地城镇或农村居民人均可支配收入（城镇或农村居民人均可支配收入为 _____ 元/年）。

☐ 提出申请之月前十二个月家庭刚性支出总额为 _____ 元，家庭总收入为 _____ 元，比例为 _____ %，低于 80%。

☐ 家庭财产状况或实际消费水平不符合烟台市刚性支出困难家庭认定有关规定，具体表现为： _____

不予认定，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起 15 日内向本乡镇（街道）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. 申请人无法接收本通知书的，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者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。

