

阜新市民政局

阜新市财政局

文件

阜民发〔2018〕223号

关于进一步做好全市养老机构 责任保险工作的通知

各县（区）民政局、财政局：

为支持和鼓励各地推行养老机构责任保险费补贴政策，有效降低养老服务行业运营风险，提高养老机构的服务保障功能，切实维护老年人合法权益，根据《关于进一步做好养老机构责任保险工作的通知》（辽民发〔2018〕102号）、《关于做好申报养老机构责任保险费省级补助资金有关工作的通知》（辽民福函〔2018〕232号）和《关于加快发展养老服务业有关资金支持政策的通知》（阜民发〔2015〕16号）要求，现就进一步做好全市养老机构责任保险工作通知如下：

一、补助范围

全市行政区域内，投保养老机构责任保险的各类公办养

老机构（含养老院、福利院、光荣院、敬老院、农村困难家庭常年病人托管中心）和经市、县区民政部门批准取得养老机构设立许可资质、已运营的民办养老机构（含公建民营类）。

二、保险费及补助标准

养老机构是责任保险缴费的责任主体，以办理投保手续时的床位使用数量为投保基数。养老机构责任保险费标准为每单 120 元。

对投保养老机构由市级以上财政根据实际参保保费标准的一定比例给予补助。其中：对公办养老机构给予全额补助；对民办养老机构每单补助 75 元，自付 45 元。以上补助含省财政每单补助 60 元，其余为市财政补助。

三、县区及机构的申报程序和时限要求

1、当年 1 月 5 日前，县区民政部门和市属养老机构到市民政局领取投保单等有关材料。

2、当年 1 月 15 日前，民办养老机构将自付保费（每单 45 元）汇至养老机构责任险经办机构账户。各养老机构将填写好的投保单原件、加盖公章的汇款凭证（公办机构除外）、养老机构设立许可副本复印件（公办机构除外）交至所属民政部门。

3、当年 1 月 20 日前，县区民政部门将《养老机构综合责任保险投保机构基本情况表》（附件 1）、《阜新市养老机构

责任保险投保明细表》(附件2)、《----年度机构责任保险附表》(附件3)和机构投保材料一并移交市民政局。

四、市级申报省补助程序

市级民政、财政部门在养老机构责任险经办机构与投保的养老机构签订保单、同级财政和养老机构分别缴纳各应承担的保险费,且本地区年度承保工作全部结束后,据实统计并申报省级补助资金。

1. 养老机构责任险经办机构将本地区养老机构责任保险协议及投保的养老机构清单同时提供给市级民政、财政部门,由市级民政、财政部门审核确认。

2. 市级民政、财政部门经审核确认,于每年8月1日前就当年6月30日之前完成投保所发生费用向省民政厅、省财政厅报送养老机构责任保险费补助资金申请报告,并附《----市养老机构责任保险费省财政补助资金申报表》(附表4)、缴费发票、地方财政拨款相关证明等材料(以上材料一式两份),同时报送表格电子版及有关材料的原件扫描件。

五、工作要求

各县(区)民政部门要高度重视推行养老机构责任保险工作,积极鼓励养老机构通过参保,提高自身抵御抗风险能力,力争实现本地养老机构责任保险全覆盖。

省、市财政养老机构责任保险费补助资金是用于养老机构责任保险的专项资金,各级民政、财政部门将加强监管,

严禁挪作他用。各县（区）民政、财政部门要加强与辖区内养老机构、养老机构责任险经办机构的协调与沟通，确保相关资金得到落实。

附件 1：养老机构综合责任保险投保机构基本情况表

附件 2：阜新市养老机构责任保险投保明细表

附件 3：----县（区）养老机构责任保险费省财政补助资金申报表

附件 4：----市养老机构责任保险费省财政补助资金申报表



2018 年 11 月 28 日

附件 3:

_____县(区)养老机构责任保险费省财政补助资金申报表

_____县(区)民政局: (盖章)

(单位: 万元、张)

保险项目名称	辽宁省养老机构责任保险			
机构情况	公办机构数量		公办床位数量	
	民办机构数量		民办床位数量	
	机构合计		床位合计	
投保情况	公办机构数量		公办床位数量	
	民办机构数量		民办床位数量	
	机构合计		床位合计	
保险年度保费标准 (元/床)		同级补贴标准 (元/床)		
保费合计		机构自筹		
		同级补贴		
省补助标准 (元/床)		省级补助金额		
<p>我县(区)已对 年 月 日至 年 月 日期间养老机构责任保险投保情况审核确认, 市本级补贴已按上述金额拨付, 请省财政予以补助。特此确认。</p> <p>单位负责人: _____ 经办人: _____</p> <p>日期: _____年____月____日</p>				

附件 4:

____市养老机构责任保险费省财政补助资金申报表

____市民政局: (盖章)

(单位: 万元、张)

保险项目名称	辽宁省养老机构责任保险			
机构情况	公办机构数量		公办床位数量	
	民办机构数量		民办床位数量	
	机构合计		床位合计	
投保情况	公办机构数量		公办床位数量	
	民办机构数量		民办床位数量	
	机构合计		床位合计	
保险年度保费标准 (元/床)		同级补贴标准 (元/床)		
保费合计		机构自筹		
		同级补贴		
省补助标准 (元/床)		省级补助金额		
<p>我市已对 ____年 ____月 ____日至 ____年 ____月 ____日期间养老机构责任保险投保情况审核确认, 本级补贴已按上述金额拨付, 请省财政予以补助。</p> <p>特此确认。</p> <p style="text-align: right;">单位负责人: _____ 经办人: _____</p> <p style="text-align: right;">日期: _____年____月____日</p>				