

攀枝花市卫生健康委员会 攀枝花市财政局
关于印发《攀枝花市优生定额补贴实施细则》的通知

攀卫规〔2025〕2号

各县（区）卫生健康局、财政局，各有关医疗卫生机构：

为深入贯彻落实《攀枝花市人民政府关于印发〈攀枝花市“五位一体”生育友好集成改革的十二条措施〉的通知》有关要求，现将《攀枝花市优生定额补贴实施细则》印发给你们，请遵照执行。

攀枝花市卫生健康委员会

攀枝花市财政局

2025年7月25日

攀枝花市优生定额补贴实施细则

第一条 制定依据。根据《攀枝花市人民政府关于印发〈攀枝花市“五位一体”生育友好集成改革的十二条措施〉的通知（攀府规〔2025〕2号）的要求，充分调动群众按政策生育的积极性，促进我市人口长期均衡发展，为建设现代化区域中心城市提供人口支撑，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 补贴对象。在我市建立孕期保健卡并分娩的攀枝花户籍孕产妇，且同时符合以下条件：

（一）孕产妇参加了攀枝花市社会保险。

（二）在我市助产机构完成以下三项检查：

- 1.唐氏筛查、无创 DNA 检测或介入性产前诊断其中一项；
- 2.新生儿遗传代谢性疾病筛查；
- 3.新生儿听力筛查。

（三）唐氏筛查、无创 DNA 检测或介入性产前诊断其中一项检查时间为 2025 年 6 月 1 日及以后。

（四）生育行为符合国家生育政策及《四川省人口与计划生育条例》相关规定。

（五）新出生子女落户攀枝花。

第三条 补贴标准。为符合条件孕产妇给予一次性 1000 元的优生补贴。

第四条 申报原则。优生定额补贴金按照孕产妇自主申报的

原则实施，由孕产妇本人或委托他人办理。

第五条 申报途径。对于符合以上条件的孕产妇可向户籍所在地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）提出优生定额补贴申请。

第六条 申报材料

（一）《攀枝花市优生定额补贴申请表》（附件1）。

（二）产妇身份证、户口本原件及复印件。

（三）生育子女的户口本、出生医学证明原件及复印件。

（四）唐氏筛查、无创DNA检测或介入性产前诊断、新生儿遗传代谢性疾病筛查、新生儿听力筛查等检查或缴费凭证。

（五）孕产妇社保卡和申报当月为正常参保状态的攀枝花市社会保险缴费证明复印件。

孕产妇委托他人办理的，除上述材料外，还需提交孕产妇签名的委托书和受委托人的身份证原件。

第七条 补贴流程

（一）**申报。**符合条件的孕产妇向户籍所在地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）提出优生定额补贴申请，并提交所需申报材料。

（二）**审核。**乡镇卫生院（社区卫生服务中心）对申请人提交的《攀枝花市优生定额补贴申请表》和申请材料进行初审，并提出初审意见报县（区）妇幼保健服务中心，县（区）妇幼保健服务中心复审后报县（区）卫生健康局进行审核确认。

（三）**质控。**县（区）卫生健康局将审核后的申报人员名单于1月15日前报市妇幼保健院，市妇幼保健院随机抽查5%的人

员，对申报人优生相关检查等资料进行质控，并将质控意见于2月5日前反馈县（区）卫生健康局。

（四）汇总。县（区）卫生健康局收到市妇幼保健院质控意见后，进一步完善审核确认结果，将上年符合补助条件的优生定额补贴人员明细表（附件2）及补助总金额于当年2月15日前报市卫生健康委，市卫生健康委汇总后于2月底前报市财政局，市财政局审核后于3月底前将市级承担部分补助金下拨各县（区）。

（五）发放。县（区）卫生健康局于4月底前将补助金发放到申请人银行卡。

第八条 申报期限。孕产妇分娩后1年内。逾期未申报视为自动放弃享受本项目补助。

第九条 资金来源。优生定额补贴资金由市级与三区按照50%：50%比例分摊承担，市级与两县按照20%：80%比例分摊承担。

第十条 档案管理。申报对象档案资料一人一档，由县（区）卫生健康局长期保存。其他工作资料按职责由市、县（区）分级进行整理、归档、保存。

第十一条 监督管理。市卫生健康行政部门对发放对象、申报流程、资格确认、档案管理工作过程进行监督；市财政部门对资金管理、发放等进行监督。

第十二条 法律责任。申报对象提供虚假材料，骗取补贴资金的、工作人员失职渎职造成补贴资金损失的，将依法依规追究

其相应责任。

第十三条 附则。本细则自印发之日起实施，有效期 5 年，由攀枝花市卫生健康委员会负责解释。若国家、省出台相关新的支持政策，按新政策执行。

附件：1.攀枝花市优生定额补贴申请表

2.优生定额补贴人员明细表

附件 1

攀枝花市优生定额补贴申请表

产妇基本情况			
姓名		联系电话	
身份证号			
户籍地址			
现居地址			
分娩机构		分娩时间	年 月 日
孩子户籍地址		孩子身份证号码	
已完成检查项目	唐氏筛查、无创 DNA 检测或介入性产前诊断（ ）；新生儿遗传代谢性疾病筛查（ ）；新生儿听力筛查（ ）。		
补贴金发放银行卡信息	开户行： 账 号：		
申请人申明	本人承诺以上情况及提供的相关材料真实准确。如有不实，愿意承担相应法律责任和后果。 申请人签名：年 月 日		
乡镇卫生院（社区卫生服务中心）初审意见	(盖章) 年 月 日		
县（区）妇幼保健服务中心复审意见	(盖章) 年 月 日		
县（区）卫健局审核确认意见	(盖章) 年 月 日		

附件 2

优生定额补贴人员明细表

所在 县区	孕产妇姓名	户籍地址	身份证号码	手机号码	银行卡开户行	银行卡号码	补助金 额（元）	备 注