附件1

江门市医疗救助零星报销申请表

**申请编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 身份证号码 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 联系  电话 |  | |
| 申请救助对象类别 | □最低生活保障对象 □特困供养人员 □低收入家庭成员 □孤儿  □精准扶贫重点帮扶对象 □0—14周岁儿童治疗急性白血病和先天性心脏病  □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员 □其他： | | | | | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 门诊合计费用（元） | | |  |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 住院合计费用（元） | | |  |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | | | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | |  | | | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 镇（街道）受理意见 | | | 经审核，提交的相关资料符合医疗救助申请条件，予以受理。  经办人签名： 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 医保经办机构  审核意见 | | | 经审核，本次予以医疗救助 元。    初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日  核准人签名： 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | |

说明：

医疗救助对象应如实提供如下材料：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

（二）基本医疗保险 （含大病保险）报销后的结算单；若无结算单的，申请人应当提供能够证明合规医疗费用的有效凭证，如法定的医疗机构门诊或住院收费收据（收费收据损坏或丢失的，可提供复印件并由医疗机构相关科室盖章确认）、当次收费汇总清单（明细表）、出院记录（或出院小结）、《疾病诊断证明》等资料。

附件2

江门市医疗救助申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | | 身份证号码： | | | | |
| 联系电话： | | | 家庭住址： | | | | |
| 户籍地址： | | | 申请救助时间：\_\_\_ \_年\_ \_月\_ \_日至\_\_ \_\_年\_ \_月\_\_\_日 | | | | |
| 申请救助对象类别（可勾选）：□因病致贫家庭重病患者  □未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员 | | | | | | | |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | |  | | | | |
| 家庭年可支配总收入（元）： | | | | 年度个人负担费用（元）： | | | |
| 医保政策外等政策性补偿、补助金，社会指定医疗捐赠金额合计为（元）： | | | | | | | |
| 商业保险报销金额（元）： | | | | | | | |
| 申请医疗费用信息 | | | | | | | |
| 住院费用 | 发票  张数 |  | 医保结算  清单张数 | |  | 住院总费用（元） |  |
| 门诊费用 | 发票  张数 |  | 门诊清单  张数 | |  | 门诊总费用（元） |  |
| 是否为医疗救助经办工作人员或村（居）委会成员近亲属：□是 □否  申请人（代办人）填写：  （本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担） | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | |
| 镇（街）经办人签名： 日期： | | | | | | | |
| 家庭经济状况核查结果：符合（ ）、不符合（ ）  核查人签名（两名或以上）： 日期： | | | | | | | |
| 入户调查结果：符合（ ）、不符合（ ）  调查人员签名（两名或以上）： 调查时间： | | | | | | | |
| 镇人民政府（街道办事处）初审意见：符合（ ）、不符合（ ）  初审人签名： 年 月 日  复审人意见： 年 月 日  核准人签名： 年 月 日  （单位盖章） | | | | | | | |
| 医保经办机构审核意见: 经审核，本次予以医疗救助 元。    初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日  核准人签名： 年 月 日  （单位盖章） | | | | | | | |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） | | | | | | | |

说明：本表用于未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员及因病致贫家庭重病患者。提交资料如下:交申请人本人身份证或户口本复印件（如他人代办提供代办人身份证或户口本复印件）、本人社保卡（或银行卡）复印件、上述发票的原件（复印件）、医保结算清单复印件、门诊清单复印件、家庭经济状况核对报告、家庭经济状况调查表、公示复印件、公示结果。镇（街）经办人负责对上述资料原件和复印件进行核对。

对申请人确实无法按规定提交材料的，镇人民政府（街道办事处）通过网络核验、部门共享、信息核查等方式仍无法核实所需材料的，可以由申请人对相关情况提供书面承诺并对承诺事项真实性负责。申请人不愿承诺或者无法提供书面承诺的，镇人民政府（街道办事处）应当书面告知其补充提供相关材料；拒不提供的，应当书面告知申请人不予受理并说明理由。

附件3

江门市医疗救助受理通知书

先生（女士）：

您于 年 月 日申请医疗救助，经核查，您符合以下规定，决定予以受理。

□1.人员类型符合《江门市医疗救助办法》第六条的规定；

□2.根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产符合《江门市医疗救助办法》第七条的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人因 拒绝或未当面签收本受理通知书。

送达人：

见证人：

年 月 日

注：1.申请人对核对结果有异议，可提出复核申请。

2.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。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。

3.本通知一式三份，由镇人民政府（街道办事处）填写，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（区）级医疗保障经办机构存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。

附件4

江门市医疗救助不予受理通知书

先生（女士）：

您于 年 月 日申请医疗救助，经核查，您存在以下情况，决定不受理您的医疗救助申请。

□1.人员类型不符合《江门市医疗救助办法》第六条的规定；

□2.根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产不符合《江门市医疗救助办法》第七条的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人已获知江门市医疗救助不予受理的通知。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

申请人拒绝或未当面签收江门市医疗救助不予受理通知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

注：1.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。

2.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。

3. 本通知一式三份，由镇人民政府（街道办事处）填写，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（区）级医疗保障经办机构存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。

附件5

江门市医疗救助家庭经济状况查询核对委托书

本人姓名 ，现申请医疗救助。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况的相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住房城乡建设、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至医疗救助审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取医疗救助金，或在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合医疗救助条件时，30天内未向乡镇政府（街道办事处）主动报告的，本人及其他共同生活家庭成员自愿承担相应法律责任。

□申请人及共同生活家庭成员签字（按捺指纹）：

□监护人代签（按捺指纹）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承诺及授权人 | 身份证号码 | 签字（按捺指纹） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

窗口经办人员签字： 年 月 日

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹，无书写能力的救助申请家庭成员应当采取按捺指纹的方式。

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 江门市申请医疗救助入户调查家庭经济状况情况表（试行） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人姓名** | | |  | | | **性别** | | |  | | | **民族** |  | **联系电话** | |  | | **身份证号** | |  | | | | |
| **户籍地址** | | |  | | | | | | | | | | | **所属镇（街）** | |  | | **所属村居** | |  | | | | |
| **家庭现住址** | | |  | | | | | | | | | | | | | **工作单位** |  | | | | | | | |
| **人员状况** | **共同生活家庭成员** | | **姓名** | | **年龄**  **（岁）** | | **户籍** | | | **文化程度** | | **婚姻状况** （未婚、已婚、离婚、丧偶） | **健康状况** （健康、残疾、重病病种、长期病患）残疾与重病请注明类别与级别 | | **与申请人 关系** | **工作能力** （有、无、部分丧失、仅能自理、需照顾） | **工作单位 就读学校** | | **工作职务及收入（元/月） 就读年级** | **社保、医保情况** | | | | |
| 职工 | | | 居民 | |
| 社保 | | 医保 | 社保 | 医  保 |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
| **分户应尽赡、抚、扶养义务人员情况** | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
|  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | □ | | □ | □ | □ |
| **财产状况** | 住房 套 （□土木□砖木□砖混□泥房□商品房） | | | | 建筑面积： ㎡ ，产权：□自有（继承） □自有（自购） □租赁 □亲朋借住 | | | | | | | | | | | | | | 房产登记日期： | | | | | |
| 装饰：□未装饰 □简单 □中等 □豪华 | | | | | | | | | | | 近6个月 平均水费 |  | | 近6个月 平均电费 | |  | | | |
| 家具 | | | □高档家具 □中档家具 □普通家具 其他需说明的情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □空调（立式、挂式） 台 □电脑（台式、手提） 台 □彩电 台 □冰箱 台 □洗衣机（全自动、非全自动） 台 □微波炉 台 □高档音响 台 其他贵重家具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通 工具 | | | □汽车/货车 台 □摩托车 台 □电动车 台  □自行车 台 | | | | | | | | | | | | | 通讯工具 | | □手机 台 □电话 台 | | | | | |
| 银行 存款 | | | □未超过申请条件 □超过申请条件 | | | | | | |  | 有价 证券 | □未超过申请条件 □超过申请条件 | | | 其他家庭  财产 |  | | | | | | | |
| **家庭收入情况** | 工资性收入 | | | | | | | 元/月 | | | | | | | | 承包土地经营权净收入 | | | 元/月 亩 | | | | | |
| 零散劳务收入 | | | | | | | 元 | | | | | | | | 从事第三产业纯收入 | | | 元/月 | | | | | |
| 种植业收入 | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 赡、抚、扶养费 | | | 元/月 | | | | | |
| 养殖业收入 | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 出租房屋收入 | | | 元/月 | | | | | |
| 渔业收入 | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 退休金（养老金） | | | 元/月 | | | | | |
| 林业收入 | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 失业保险金 | | | 元 | | | | | |
| 集体分红收入 | | | | | | | 元/年即 元/月 | | | | | | | | 赔偿收入 | | | 元 | | | | | |
| 社会资助 | | | | | | | 元 | | | | | | | | 赠与收入 | | | 元 | | | | | |
| 家庭总收入 | | | | | | | 元/月 | | | | | | | | 人平均月收入 | | | 元/月 | | | | | |
| **以上记录本人已仔细阅读，情况属实，若有虚报，本人愿承担一切责任。户主或申请家庭成员签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 调查员签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | 入户调查时间： 年 月 日 | | | | | | | |
| 入户调查意见 | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表说明：1、该表由镇街组织不少于2人对申请人家庭实际情况逐一完成调查核实，并由申请人、调查人员各自签名。  2、如填报金额/数量的，请用大写数字（壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾）填报。  3、共同生活的家庭成员名下人均存款/有价证券，是否超过标准参照相关政策。其他了解的情况表中未表述的，自行补充填报。  4、镇街需对调查情况提出相关意见，可提交附件详细说明。  5、一式两份，镇街与医保经办机构各一份作为存档资料。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件7

家庭经济状况调查表

根据《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40号）的相关要求，现对医疗救助申请人的家庭生活状况进行综合评估，具体如下：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | |
| 居住地址： | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | 收入 |  |
| 共同生活家庭成员 | 姓名 | 关系 | | 身份证号码 | | 月收入 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 实际生活状况与家庭经济状况核对报告相符：是（）、否（） | | | | | | |

调查人员（两名或以上）：

被调查人：

调查日期： 单位盖章

附件8

江门市医疗救助对象初审公示单

下列对象申请医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）反馈。  
 公示时间： 年 月 日至 年 月 日（公示期为7日）  
 乡镇（街道）举报电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟保障对象 姓名 | 家庭所在村（居） | 家庭  人数 | 拟救助对象类型 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.由乡镇（街道）在申请人所在村（居）设置的村（居）务公开栏及乡镇（街道）公共服务大厅公示。

2.拟救助对象类型包括：（1）因病致贫家庭重病患者；（2）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

行政机关（盖章）：

年 月 日

附件9

医疗救助对象民主评议情况表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被评议人  姓名 |  | 经办人 |  | 记录员 |  |
| 民主评议  情形 | □申请人申报的家庭收入和家庭财产状况与其实际生活状况明显不符的；  □申请人没有如实申报共同生活的家庭成员；  □公示期间有村（居）民提出异议且能提供有效证明材料或者提出合理理由的；  □其他需要民主评议的情况。 | | | | |
| 民主评议  成员情况 | 乡镇（街道）工作人员 人，村（居） 人，熟悉村（居）民情况的村（居）民代表 人，应到 人，实到 人。  □符合/□不符合民主评议会议要求。 | | | | |
| 民主评议  第一项程序 | □ 乡镇（街道）经办人员宣讲医疗救助政策（包括文件、程序）；  □ 乡镇（街道）经办人员介绍申请人基本情况、入户调查情况以及评议事项；  □ 乡镇（街道）经办人员宣布民主评议规则（民主评议程序、要求）。 | | | | |
| 民主评议  第二项程序 | 申请人或其代理人陈述情况及对评议事项的答辩、解释或说明： | | | | |
| 民主评议  第三项程序 | 评议人员对评议事项进行讨论和评议：  讨论：  评议：  申请人共同生活家庭成员 人，按照经济状况核对、入户调查和民主评议形成的结论，人均月收入 元，财产　　　元。 | | | | |
| 民主评议  第四项程序 | 评议人员对评议事项的真实性、合理性进行表决：  经无记名投票，同意 人，不同意 人，弃权　　　人。 | | | | |
| 民主评议  第五项程序 | 到会参加民主评议成员签名：    乡镇（街道）（盖章）  记录时间： 年 月 日 | | | | |

民主评议地点： 编号：

附件10

江门市医疗救助对象拟批准公示名单

下列对象申请医疗救助，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议，请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）或医疗保障经办机构反馈。  
 公示时间： 年 月 日至 年 月 日

（公示期为5日）  
 乡镇（街道）举报电话： 邮箱：

医疗保障经办机构举报电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟救助对象 姓名 | 家庭所在村（居） | 家庭人数 | 拟救助对象类型 | 拟救助  金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

行政机关（盖章）：

年 月 日

附件11

江门市医疗救助对象公示名单

下列对象申请医疗救助，现将有关批准情况予以公示，公示期为半年。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 救助对象 姓名 | 家庭所在村（居） | 救助对象  类型 | 获得救助  金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.各乡镇（街道）在政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行为期半年的公示。

2.救助对象类型包括：（1）因病致贫家庭重病患者；（2）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

行政机关（盖章）：

年 月 日

附件12

江门市申请医疗救助审批告知书

镇人民政府（街道办事处）：

您于 年 月 日提交的医疗救助申请材料，经调查审核，根据《江门市医疗救助办法》等规定，审批结果如下：

□符合申请医疗救助条件。

□不符合申请医疗救助条件，不符合原因如下：

□个人负担的医疗费用不符合《江门市医疗救助办法》相关规定；

□所提交的资料有误，具体表现为：

审批单位（盖章）

年 月 日

**（此告知书用于告知镇街，不用于告知申请救助对象）**

附件13

江门市申请医疗救助不予批准告知书

**（工作人员填写）**

（ 年第 号）

xxx先生/女士：

您于 年 月 日提交医疗救助申请，经调查审核，根据《江门市医疗救助办法》等相关规定，您因：

□个人负担的医疗费用不符合《江门市医疗救助办法》相关规定；

□所提交的资料有误，具体表现为：

不符合申请医疗救助条件，不予批准。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。

□申请人已获知医疗救助不予批准的通知。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

□申请人拒绝或未当面签收其医疗救助不予批准通知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

告知单位（盖章）

年 月 日

**注：**1.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。

2.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，把本告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。

3.本告知一式三份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（市、区）医疗保障局（分局）存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。

附件14

个人承诺书

本人 （身份证件号码： ），办理 业务。因个人原因无法提供下述证明（请勾选）：

□参加商业保险的报销凭证；

□获得社会指定医疗捐赠的凭证；

□享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证；

□家庭财产、收入状况、家庭成员的证明材料；

□其他： 。

本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

附件15

收入型救助对象医疗救助办理流程

**携带住院相关材料至属地医疗保障经办机构办理零星报销**

**定点医疗机构“一站式”结算**

**出院个人垫付医疗费用**

**入院登记**

**身份审核**

**入院备案登记**

**最低生活保障对象**

**特困供养**

**人员**

**规定的其他困难人员**

**精准扶贫重点帮扶对象**

**低收入家庭成员**

零星报销结算

“一站式”结算

支出型救助对象医疗救助办理流程

**未审核的其他困难人员**

**因病致贫家庭重症患者**

（10个工作日）

**调查核实并公布结果，重新公示**

有异议

（10个工作日）

**医疗保障经办机构划拨救助金**

无异议

（公示5日）

**公示**

（10个工作日）

（3个工作日）

不符合

不符合

**告知申请人并说明理由**

**属地医疗保障经办机构审批，核准医疗救助金额**

无异议

有异议

**民主评议**

（公示7日）

（5个工作日）

**提出初评意见并公示**

（10个工作日）

**入户进行家庭情况调查核对（户籍地与居住地不一致，委托居住地镇（街）入户调查核对）**

（2个工作日）

（2个工作日）

**出具受理通知书**

符合

不符合

**根据家庭经济状况认定标准开展核对**

（2个工作日）

**出具不受理通知书和核对报告**

**向户籍所在地镇（街）提出申请，或由村（居委）、个人代为提出申请**

**家庭经济状况信息化核查**

公开方式：主动公开

江门市医疗保障局办公室 2021年4月30日印发