

山西省残疾人联合会

晋残联函〔2015〕115号

关于修订《山西省残疾人机动轮椅车 燃油补贴实施方案》的征求意见稿

省财政厅：

根据财政部、中国残联《关于残疾人机动轮椅车燃油补贴的通知》（财社〔2010〕256号）文件精神，《山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴实施方案》（晋财社〔2011〕3号）于2011年初联合印发并正式实施。五年来，各级财政、残联为促进我省残疾人机动轮椅车燃油补贴工作顺利进行，积极贯彻落实《实施方案》的具体要求，认真组织实施，切实保证燃油补贴资金及时、足额发放到位。但是，我省地处高原，山区、丘陵等复杂地形地貌居多，山区的残疾人对代步出行的机动轮椅车存在着特殊需求，原有的《山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴实施方案》已不能适应我省的特殊性。为实现残疾人应补尽补的目标，结合我省省情及残疾人的实际状况，我会建议适时对原有的《山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴实施方案》（晋财社〔2011〕3号）进行了修订，现将修订稿报送贵厅，请审定。



山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴实施方案

(2015 年修订稿)

按照财政部、中国残联的统一安排，我省残疾人机动轮椅车燃油补贴工作 2010 年正式实施以来，为保证全省残疾人机动轮椅车燃油补贴工作顺利进行，结合我省实际省情，现就《山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴实施方案》修订如下：

一、政策目标

贯彻落实《中共中央 国务院关于促进残疾人事业发展的意见》和《国务院关于实施成品油价格和税费改革的通知》精神，中央财政自 2009 年开始（即自成品油税费改革实施起）对残疾人机动轮椅车燃油实施适当补贴。

二、补贴对象

残疾人机动轮椅车燃油补贴对象为持有山西省城乡常住户口的残疾人机动轮椅车车主，车主须为持有第二代《中华人民共和国残疾人证》和购买或使用机动轮椅车相关凭证的下肢残疾人。残疾人机动轮椅车依据地区差异，参照国家标准的相关规定。

三、补贴标准和时间

残疾人机动轮椅车每辆每年补贴 260 元，尽量以存折或银行卡形式发放。

四、实施程序

(一) 各级残联应坚持信息公开，及时、准确地向社会公布残疾人机动轮椅车燃油补贴政策信息、补贴标准和补贴对象，自觉接受监督。

(二) 符合补贴条件的残疾人持相关证件到户口所在地残联提出申请，填写《山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表》(附表1)，连续每年度申请的，自第二个年度开始可只填写申请审批登记表，不必再提供相关材料复印件。个人及车辆信息发生变化的，仍需提供所有相关材料。

(三) 申请人应提供相关证件：户口本和身份证原件及复印件、第二代《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件、购买或使用机动轮椅车相关凭证及复印件，本人一寸免冠红底近照，机动轮椅车照片。

(四) 县级残联具体负责本辖区内残疾人机动轮椅车型号、车架号及相关证件材料的审核并加注审批意见。同时，建立一人一车一档，档案材料内容包括：燃油补贴申请审批登记表、户口本和身份证复印件、残疾人证复印件、购车或使用机动轮椅车凭证复印件、领取补贴存折复印件、补贴发放记录等。

(五) 县级残联汇总本辖区内机动轮椅车补贴数量形成汇总表，经同级财政部门确认后联合行文，附汇总表连同电子版上报

至市级残联和财政部门。

(六)市残联形成汇总表(附表2),经同级财政部门确认后联合行文,附汇总表连同电子版于每年2月底前上报至省残联和省财政厅。

(七)省财政厅商省残联将补贴资金逐级核拨至县级财政部门,县级财政部门商同级残联及时将补贴资金一次性发放给符合条件的残疾人,县级残联要为符合条件的残疾人开设银行帐户发放补贴。

五、要求

(一)补贴工作应坚持公开透明、科学管理的原则,各级财政部门、残联要高度重视,依据本地实际制定具体实施办法,精心组织实施,确保补贴政策落到实处。

(二)各级残联要认真核实残疾人机动轮椅车数量和补贴发放人数等基础情况,确保数据和资料的真实可靠、应补尽补,切实保障符合条件的残疾人享受补贴政策的权益。

(三)县级残联应严格按照项目管理要求,专人负责,专项管理,细化责任,建立规范的残疾人机动轮椅车燃油补贴对象的资格审批和档案管理制度。

(四)各级财政部门要积极配合残联做好项目实施的督导和检查工作,并安排适当的工作经费。

(五) 各有关部门要合力加强资金使用的监督管理，及时拨付补贴资金，杜绝弄虚作假，切实做到专款专用、不得截留、挪用和挤占。对于不作为、慢作为、瞒报、漏报等情况，将依据相关规定予以追究问责。

(六) 各市级残联应于每年6月1日前完成数据库信息录入和修改工作，并将本年度燃油补贴申报数据复制到下一年度，作为新年度预申报数据。

(七) 每年度12月底前各市要向省级财政部门 and 残联上报当年本市残疾人机动轮椅车燃油补贴工作情况总结，要求全面详实体现当地工作特色，内容涵盖所属县区补贴发放工作各环节，客观真实。残疾人机动轮椅车燃油补贴发放工作已经列入省残联年度目标责任制考核评比重点work项目。

- 附表：1、山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表
2、山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴市级汇总表

附表 1

山西省残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表

_____年度

_____市_____县(市、区)

编号_____

姓 名		性别		民族		一寸红底照片
出生年月		户籍类型		农业	非农业	
残疾证号				领取补贴年限		
家庭详细住址						
联系电话				机动轮椅车 购买年份		
机动轮椅车 发票号				机动轮椅车 车架号		
机动轮椅车 合格证号				机动轮椅车 发动机号		
申请人签字				机动轮椅车型号 及颜色		
县(市、区)残联审批意见						
负责人签字			经办人签字			
						年 月 日

注：相关证件材料复印件粘贴于此表背面

