

福建省民政厅 文件 福建省红十字会

闽民规〔2026〕5号

福建省民政厅 福建省红十字会关于印发 《“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目 实施方案（试行）》的通知

各市、县（区）民政局、红十字会，平潭综合实验区社会事业局、红十字会：

现将《“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目实施方案（试行）》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

福建省民政厅

福建省红十字会

2026年8月14日

（此件主动公开）

“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助 项目实施方案（试行）

“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目是由省民政厅和省红十字会共同发起设立，委托省红十字基金会组织实施，专项救助我省 0-18 周岁患重特大疾病的困境儿童，“救助一名患儿、帮扶一个家庭”，使患儿及时得到有效救治，兜住民生底线。

一、救助对象

福建省户籍，0-18 周岁患重特大疾病的困境儿童，包括孤儿、事实无人抚养儿童、残疾儿童、低保（低边）家庭儿童、留守儿童。

二、救助原则

本项目遵循“专款专用、量入为出、分档救助”的基本原则。同等条件下，依照申请顺序受理，原则上每年度发放的救助金总额不透支。

三、救助标准

每年度内救助对象因住院治疗而产生的大额医疗费用，扣除基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健康保险、慈善捐助等支付的金额后，个人负担总费用，累计超过 5000 元、小于 1 万元（含），给予救助 5000 元；超过 1 万元、小于 2 万元（含），给予救助 1 万元；超过 2 万元，给予救助 1.5 万元。住

院医疗费用的计算时限为:每年的1月1日至12月31日(以住院费用结算时间为准)。

救助申请提交截止时间为下一年度1月31日,原则上每人每年度救助1次。

四、救助病种

(一) 儿童恶性实体肿瘤: 肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、神经母细胞瘤、恶性畸胎瘤、生殖细胞肿瘤、视网膜母细胞瘤、骨肉瘤、尤文氏肉瘤。

(二) 消化系统: 先天性肠闭锁、肠穿孔, 先天性巨结肠、先天性肛门闭锁、胆总管扩张症、食道裂孔疝、膈疝、环状胰腺、肠重复畸形、泄殖腔畸形、直肠和肛门先天性痿。

(三) 泌尿系统及生殖系统: 尿道下裂、先天性肾积水、膀胱输尿管返流、先天性巨输尿管、肾与输尿管发育畸形、脐尿管畸形、性别发育异常、后尿道瓣膜、尿道上裂、膀胱外翻。

(四) 肌肉骨骼系统: 发育性髋关节脱位、马蹄内翻足、并指、多指、骨软骨发育不良、脊柱侧弯。

(五) 呼吸系统: 漏斗胸、鸡胸、气管和支气管先天性畸形、肺先天性畸形、纵隔肿瘤。

五、救助申请

申请“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助, 应向救助对象户籍地县(市、区)红十字会提出。申请时, 需填写《“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目申请表》(附件1), 并同步提交以下材料:

1. 身份证明材料。证明患儿与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件，或者其他证明监护关系的材料原件；

2. 患儿本人或其监护人的银行卡复印件；

3. 疾病和治疗证明材料：疾病诊断证明、住院病历、出院小结等原件（或加盖医院公章的复印件）；

4. 合规的医疗收费票据原件材料：医疗机构开具的医疗收费票据原件、加盖医疗机构业务章的医保结算单原件、商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章、其他社会救助机构救助证明等；

5. 属于残疾儿童的，还需要提供残联部门颁发的《中华人民共和国残疾人证》。

六、审核发放

（一）县（市、区）红十字会负责对申请人提供的材料进行审核。

1. 形式审查。县（市、区）红十字会负责现场对申请材料进行形式审查。对申请材料齐全的，应予以受理；对申请材料不全的，应一次性告知所缺失的申请材料。

2. 合规性审核。县（市、区）红十字会负责对申请材料进行合规性审核，其中，除残疾儿童外的其他困境儿童身份认定，由县级民政部门核实。对符合救助条件的，应于5个工作日内将申请材料连同审核结论报送设区市红十字会复核。对不符合救助条件的，应书面告知申请人理由并做好解释安抚工作。

（二）设区市红十字会负责对县（市、区）红十字会报送的申请材料 and 审核结论进行复核。经复核无误的，于每月10日

前，将申请对象名单、申请材料连同复核意见汇总后报送省红十字基金会。对县（市、区）红十字会审核结论或申请材料有疑义的，应及时退回重新审核。

（三）省红十字基金会负责对设区市红十字会报送的申请材料及复核意见进行复审。经复审无误的，于每月 20 日前，将申请对象名单、申请材料连同复审意见汇总后，提交项目管理委员会审批。

（四）省红十字会成立“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目管理委员会（以下简称“项目管理委员会”），由省民政厅、省红十字会相关人员组成。

项目管理委员会每季度对省红十字基金会提交的拟救助对象材料进行终审，确定救助对象名单及救助金额，并通报省红十字基金会和市、县（区）红十字会。

省红十字基金会应于救助对象名单及金额确定后 10 个工作日内，将救助金直接拨付至指定的患儿本人或其监护人账户。市、县（区）红十字会应及时将救助信息告知申请人。

（五）为保护未成年人隐私，审核发放各环节，均不得通过公开公示的方式了解核实困境儿童身份信息。

七、项目管理

（一）项目资金来源。“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目所需资金每年从省民政厅部门预算中，统筹安排福彩公益金不超过 200 万元，通过国库集中支付的方式，拨付至省红十字基金会。其余部分由省红十字基金会通过线下走访爱心企

业、社会各界爱心人士等，争取定向捐赠，进一步扩大救助困境儿童的惠及面。

（二）“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目资金实行专款专用，不提取管理费，每年如有结余资金应滚存使用，同时应主动接受相关部门的监督。

（三）同时符合“孤儿医疗康复明天计划”项目与本项目资助条件的儿童，选择申请“孤儿医疗康复明天计划”项目资助的，不再享受本项目资助。

（四）“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目实施期为2026年度、2027年度，面向2026年1月1日至2027年12月31日期间结算住院费用、符合救助条件的儿童。

八、监督检查

（一）申请人须如实填写《“爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目申请表》，并按要求提供真实的相关资料，有关部门应严格、认真审核。发现申请人提供虚假材料，存在骗取救助金行为的，或工作人员在受理审核救助申请的过程中存在违纪违法行为的，追回已发放的救助金，并依法依规追究相关责任人的责任，涉嫌犯罪的，依法移交相关部门处理。

（二）各市、县（区）红十字会应在救助实施后3个月内，对救助对象或其监护人进行电话回访或实地回访。其中，设区市级红十字会回访比例不低于当期受助对象总数的50%，县级红十字会应对救助对象进行全覆盖回访。

（三）省红十字会应建立健全核查和追索公开制度，并于年底前对当年度受助对象进行抽样电话回访或实地回访，回访比例不低于当年度受助对象总数的 30%，确保救助金使用安全、合理。

（四）省红十字基金会应当于每季度第一个月的 15 日前，汇总上一季度救助对象名册及发放救助金情况，报省民政厅和省红十字会备案（附件 2）。

九、其他

本实施方案自印发之日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。

- 附件：1. “爱·福蕾”福建省困境儿童重特大疾病救助
项目申请表
2. “爱·福蕾”福建省困境儿童重特大疾病救助
情况汇总表

附件 1

编号：202*-_____

“爱·福蕾”
福建省困境儿童重特大疾病救助项目
申请表

申请人姓名：_____ 性 别：_____ 年 龄：_____

身份证号码：_____ 医保卡号：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

家庭电话：_____ 手 机：_____

户籍所在地：_____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇、街） _____ 村（居）

通讯地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇、街） _____ 村（居）

邮 编：_____

申请须知

1. “爱·福蕾”困境儿童重特大疾病救助项目是由省民政厅和省红十字会共同发起设立,委托省红十字基金会组织实施,专项救助我省0-18周岁患重特大疾病的困境儿童。

2. 符合条件的申请对象,应如实填写申请表,同时须提供以下材料:(1)身份证明材料。(2)患儿本人或其监护人的银行卡复印件。(3)疾病和治疗证明材料。省内二级及以上医疗机构出具的疾病诊断证明、住院病历、出院小结等原件(或加盖医院公章的复印件)(4)合规的医疗收费票据原件材料:医疗机构开具的医疗收费票据原件、加盖医疗机构业务章的医保结算单原件、商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章(5)若为残疾儿童需提供相应的《中华人民共和国残疾人证》。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性,如发现有不实情况,将不予受理或收回救助金并追究相关责任。本项目为一次性救助,原则上每人每年度救助一次,相关救助标准请仔细阅读。

4. 符合条件的申请对象可到户籍所在地县级红十字会递交申请表。本申请表的接收并不代表一定能获得救助。受理申请可能需要进一步要求您补充提供相关证明。申请资料一经受理将不予退还,如需留存请自行备份。如您符合条件并获得了救助,请在收到救助金后,及时告知受理申请的户籍所在地县级红十字会。

5. 申请时必须提供患儿本人或其监护人的银行卡或存折账号,救助金将直接汇入此银行账户。

6. 获得救助的申请人(监护人),有责任和义务提供必要的文字、照片、影像等资料,并同意使用所提供的资料。

7. 本项目坚持“量入为出”的救助原则,若救助人数已达到项目预计救助人数,将对外发布暂停受理救助申请的公告。

8. 本项目只在医疗费用上给予受助对象支持。在医疗过程中出现的任何医疗风险,由医患双方明确责任、自行协商解决。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款,并同意所有申请规定。

申请人(监护人)签名:

年 月 日

家庭 主要 成员 情况	姓名	与申请人关系	职业	联系方式
家庭 基本 济 况	家庭总人口数		户籍性质	☐ 农业 ☐ 非农业
	主要收入来源			
	家庭年收入(元)		人均年收入(元)	
银行卡或存折号				
账户名称				
开户行名称				
疾病病种	☐ 儿童恶性实体肿瘤: ☐ 消 化 系 统: ☐ 泌尿系统及生殖系统: ☐ 肌肉骨骼系统: ☐ 呼 吸 系 统:			
医治医院				
治疗总费用 (元)		个人负担 总费用(元)		

申请本项目 救助的理由	申请人（监护人）签名： 年 月 日
救助对象 身份核实	☐ 残疾儿童 中华人民共和国残疾人证编号：
	☐ 孤儿 ☐ 事实无人抚养儿童 ☐ 留守儿童 ☐ 低保（低边）家庭儿童 县级民政部门 (单位公章) 核实人签名： 联系电话： 年 月 日
县级红十字会 审核意见	审核人签名： 联系电话： (单位公章) 年 月 日
市级红十字会 复核意见	复核人签名： 联系电话： (单位公章) 年 月 日
省红十字基金会 复审意见	申请人符合救助条件，按标准发放救助金额_____元。 复审人签名： (单位公章) 年 月 日

证明材料清单

温馨提示：

申请人需提供以下附件：

1. 身份证明材料：

- ①患者、监护人的身份证复印件（正反面）；
- ②患儿、监护人的户口簿复印件，或其他证明监护关系的材料原件。

2. 患儿本人或其监护人的银行卡复印件；

3. 疾病和治疗证明材料：

省内二级及以上医疗机构出具的：

- ①疾病诊断证明原件（或加盖医院公章的复印件）；
- ②住院病历原件（或加盖医院公章的复印件）；
- ③出院小结（或加盖医院公章的复印件）；
- ④相关处方单据复印件。

4. 合规的医疗收费票据原件材料：

- ①医疗机构开具的医疗收费票据原件；
- ②加盖医疗机构业务章的医保结算单原件；
- ③商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章。

5. 若为残疾儿童的，需提供残联部门颁发的《中华人民共和国残疾人证》。

附件 2

“爱·福蕾” 福建省困境儿童重特大疾病救助情况汇总表

序号	救助对象	性别	出生年月	身份证号码	疾病病种	医治医院	治疗总费用 (元)	个人负担费用 (元)	发放救助金 (元)	联系人	联系电话	备注

制表单位（盖章）:

填表人:

联系电话:

