

河北省残疾人联合会 河北省财政厅 文件

冀残联字〔2011〕14号

关于做好残疾人机动轮椅车 燃油补贴工作的通知

各设区市残疾人联合会、财政局：

根据国家财政部、中国残疾人联合会《关于残疾人机动轮椅车燃油补贴的通知》（财社〔2010〕256号）要求，现就我省残疾人机动轮椅车燃油补贴有关事项通知如下：

一、补贴对象

我省城乡范围内的残疾人机动轮椅车车主。车主须为持有《中华人民共和国残疾人证》（第二代证）和购买机动轮椅车相关凭证的下肢残疾人，残疾人机动轮椅车须符合机动轮椅车国家标

准(GB12995—2006)的相关规定。凡残疾人机动轮椅车所有人死亡的、身体条件不符合驾驶残疾人机动轮椅车标准的、一人拥有2辆(含2辆)以上残疾人机动轮椅车且已经补贴过1辆的将不予补贴。

二、补贴标准和时间

残疾人机动轮椅车燃油补贴标准为每辆每年补贴200元(其中2009年的补贴资金与2010年的补贴资金一起补发)。

三、补贴原则

残疾人机动轮椅车燃油补贴工作,坚持公开、公正、透明原则,严格按照补贴条件和规定程序确定补贴对象、发放补贴资金。同时,坚持信息公开和公示制度,及时、准确地向社会公布补贴政策、补贴对象和补贴标准,自觉接受监督。

四、职责分工

残疾人机动轮椅车燃油补贴工作由各地残疾人联合会和财政部门共同负责。省残疾人联合会负责统计、审核、汇总全省残疾人机动轮椅车数量,提出补贴资金分配建议。省财政厅负责审核下达补贴资金。设区市财政局、残疾人联合会负责制定本级燃油补贴具体实施方案,组织开展数据统计、审核、汇总、上报及补贴资金核拨、管理等工作。县(市、区)财政局、残疾人联合会负责当地补贴对象审核、补贴资金发放管理以及相关数据的统计、上报工作。

五、工作程序

(一) 符合补贴条件的残疾人持户口本、身份证、残疾人证和购车凭证及一寸近期免冠照片向所在的县(市、区)残疾人联合会提出申请,并填写残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表。

(二) 县(市、区)残疾人联合会审核申请材料,对符合补贴条件的残疾人及机动轮椅车情况进行登记、建档、汇总,经同级财政部门确认后联合行文,于每年2月底前上报设区市残疾人联合会、财政局。

(三) 设区市残疾人联合会对所属县(市、区)上报的申请补贴材料进行复核、汇总,经设区市财政局确认后联合行文,于每年3月5日之前联合上报省残疾人联合会、省财政厅。

(四) 省残疾人联合会审核、汇总全省截止上年底的残疾人机动轮椅车数量,提出补贴资金分配建议经省财政厅确认后,于每年3月底之前联合上报中国残联、财政部。

(五) 省财政厅商省残疾人联合会将补贴资金下达至设区市、直管县财政部门,同时抄送省残疾人联合会和财政部驻河北省财政监察专员办事处。设区市财政部门商同级残疾人联合会将补贴资金核拨至县(市、区)财政局。县(市、区)财政局商同级残疾人联合会,采取社会化发放形式,及时将补贴一次性发放到符合补贴条件的残疾人手中。

六、工作要求

(一) 高度重视,精心组织。各地残疾人联合会、财政局要高

度重视残疾人机动轮椅车燃油补贴工作，要站在服务社会稳定大局的高度，提高认识，加强领导，专人负责，搞好摸底，积极与交通管理等相关部门的沟通协调，及时向政府汇报有关情况。要认真研究制定当地残疾人机动轮椅车燃油补贴工作实施方案，精心组织补贴发放工作，确保补贴政策落到实处。

(二) 规范管理，专款专用。各地要严格按照申报、审核、公示等程序认真组织残疾人机动轮椅车燃油补贴发放工作。建立规范的补贴对象的资格审批和档案管理制度，保质、保量地完成统计任务。凡因迟报、漏报、错报、操作不当，引起群众上访或因违规操作、玩忽职守、弄虚作假骗取燃油补贴的，一经查实，将移送有关部门严肃处理。各地财政部门要商同级残疾人联合会及时拨付补贴资金，加强资金使用管理，专款专用，不得截留、挪用和挤占。

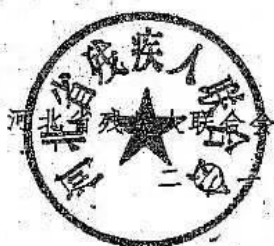
(三) 坚持信息公开制度。各地应及时准确地向社会公布补贴政策、补贴对象、补贴标准和设立举报电话（财政和残联部门分别设立），自觉接受社会监督。

(四) 强化督导，按时报送。各地残疾人联合会要认真核实残疾人机动轮椅车数量、补贴发放人数等基础情况，确保有关数据和资料真实、可靠。各级财政部门要积极配合残疾人联合会做好项目实施的督导和考评工作。各设区市残疾人联合会会同市财政部门应于每年12月26前向省残疾人联合会、省财政厅上报本地区残疾人机动轮椅车燃油补贴工作情况报告。省财政厅和省残疾人

联合会对各地残疾人机动轮椅车燃油补贴政策的落实情况不定期，
进行检查。

附件：1. 残疾人机动轮椅车燃油补贴登记汇总表

2. 残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表



二〇一一年一月二十六日

附件一：

残疾人机动轮椅车燃油补贴登记汇总表

年 月 日

县(市、区)残联公章：

序号	姓名	性别	身份证号码	残疾人证号	购车凭证号码	户籍登记住址	联系电话
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

负责人：

填表人：

附件二：

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		照 片
年 龄		民 族		
身份证号				
残疾证号				
户籍类型	农业 非农业	邮政编码		
联系电话				
家庭住址				
机动轮椅车品牌		机动轮椅车型号		
机动轮椅车发票号或证明号		机动轮椅车购买年份		
机动轮椅车车架号码				
身份证复印件、残疾人证复印件、购车凭证复印件粘贴处				
申请人签章：_____年 月 日				
县级残联审批意见：				
经办人签章：_____年 月 日		审批人签章：_____年 月 日		