

兴县卫生健康局文件

兴卫健字〔2025〕1 号

兴县卫生健康局 关于做好 2025 年计生家庭奖励扶助工作的 通 知

各乡镇人民政府：

根据国家、省、市卫生计生委安排部署，结合我县实际，现就做好 2025 年计划生育家庭奖励扶助项目资金管理绩效考核、对象资格确认和数据申报工作有关事项通知如下：

一、国家两项奖励扶助对象的资格确认、项目资金管理和绩效考核

在全县范围内开展核查核实国家两项奖励扶助对象的资格认证，对线上数据逻辑性错误、身份证号校验码错误、出生年月错误、缺项漏项等信息，通过本人户口本、身份证

原件以及公安户籍信息比对，进行全面的排查，经排查不符合资格确认条件的对象坚决出列，杜绝弄虚作假不符合规定套取国家资金的情况发生，对不符合规定已经纳入奖励的，一经查实，严肃追究相关责任人的责任。

二、新增对象申报、退出申报及个案录入

各乡镇要严格按照计划生育奖励扶助工作“三审三公示”规定，认真做好2025年4+2奖励扶助目标对象的资格确认及申报工作。新增对象规范填报附件1-附件8（一式三份），并填报《山西省家庭奖励新增花名表》（见附件9）、变更退出对象填写《山西省计划生育家庭扶助对象退出报告单》（附件10），于规定时间内上报卫健局家庭股审批。

三、个案信息录入时间

各乡（镇）务于2025年1月10日前，分别将农村部分计划生育家庭奖励扶助、计划生育家庭特别扶助（独生子女伤残死亡家庭）、省四项计划生育家庭奖励对象新增和变更退出个案信息资料，上报卫生健康局家庭股，家庭股经核实无误国家奖励对象录入“奖励扶助”和“特别扶助”系统中，省级奖励对象各乡镇于2025年1月15日之前将奖励对象录入全员人口信息管理系统，对上年已确认奖励对象经核实未退出对象进行在线年审操作。

四、奖扶对象资格确认有关说明

为进一步落实好计划生育奖励扶助经费绩效管理工作，维护政策的严肃性，各乡镇人民政府要高度重视，做好计生家庭奖励扶助政策自查工作，加大对奖励扶助对象个案信息

的核查。在 2025 年三级公示中，不仅对新增对象进行公示，还要对以往奖励扶助对象进行核查公示，做到认真严格，堵塞漏洞，切实取信于民。各乡（镇）必须高度重视，作为当前计划生育的一项重要工作来抓，明确责任，积极将此项工作安排到村到户，将工作落到实处。家庭奖励对象资金以月计算发放，退出后奖励资金不再发放，各乡镇要认真做好平时核查核实工作。

五、加强管理，明确年审任务

由于 2025 年家庭奖励工作时间紧任务重，各乡镇合理安排各环节时间，严格按照规定程序按时上报相关资料。

- 附件：1. 山西省计划生育家庭奖励扶助对象申请表
2. 山西省计划生育家庭特别扶助对象申请表
3. 计划生育家庭奖励申请书
4. 计划生育家庭奖励证明
5. 吕梁市农村计划生育家庭奖励对象群众评议意见表
6. 山西省农村计划生育家庭奖励对象公示情况报告(村级)
7. 山西省农村计划生育家庭奖励对象公示情况报告(乡级)
8. 山西省农村计划生育家庭奖励名单公示(县级)
9. 山西省计划生育家庭扶助对象退出报告单

（此件公开发布）

兴县卫生健康局

2025 年 1 月 2 日



附件 1

山西省计划生育家庭奖励扶助对象申请表

_____市_____县(市、区)

_____乡(镇、街道)

_____村(居)委会

照片

项目	姓名	性别	出生年月	公民身份证号码	户口性质	婚姻状况	婚姻变动年月		
本人信息									
配偶信息									
夫妇曾经生育子女数	男孩_____ 女孩_____	夫妇现有存活子女数(含收养等)	男孩_____ 女孩_____	奖励扶助类型	1.国家奖励扶助对象 2.领证独生子女父母奖励对象 3.退二孩指标奖励对象 4.双女户奖励对象				
夫妇曾经生育子女情况	姓名	性别	出生年月	死亡年月	是否亲生				
夫妇收养子女情况	姓名	性别	出生年月	收养年月	死亡年月				
家庭地址(门牌号)					联系电话				
村(居)委会意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)								
乡(镇、街道)意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)								
县级卫生健康行政部门意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)								
备注									

申报人签字: _____ 填表人: _____ 填表时间: _____年____月____日

附件 2

山西省计划生育家庭特别扶助对象申请表

_____ 市 _____ 县(市、区)

_____ 乡(镇、街道)

_____ 村(居)委会

照片

项目	姓名	公民身份证号码	性别	出生年月	户口性质	婚姻状况	
本人信息							
配偶信息							
夫妇曾经生育子女数	男孩____ 女孩____	夫妇现有存活子女数(含收养等)	男孩____ 女孩____	是否领取独生子女证	扶助类型	1.国家特别扶助对象 2.一次性补助对象 3.手术并发症对象	
夫妇曾经生育子女情况	姓名	性别	出生年月	是否亲生	存活状况	死亡/残疾年月	死亡确认单位
夫妇收养子女情况	姓名	性别	出生年月	收养年月	存活状况	死亡/残疾年月	死亡确认单位
残疾证号码		残疾类型			残疾等级		
家庭地址(门牌号)					联系电话		
村(居)委会意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)						
乡(镇、街道)意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)						
县级卫生健康行政部门意见	经办人签字: 年 月 日(盖章)						
备注							

申报人签字: _____ 填表人: _____ 填表时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 3

计划生育家庭奖励申请书

_____:

我叫 _____, 出生于 _____ 年 _____ 月 _____ 日, 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日与(配偶) _____ 结婚。

特此申请

申请人:

_____ 年 _____ 月 _____ 日

村 5 人以上签字:

村计生主任签字:

村委主任签字:

乡(镇)计生办审核人签字:

乡(镇)计生办公章

_____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 4

计划生育家庭奖励证明

兹证明 乡(镇) 村委

村(男方姓名) 出生于 年 月

日(女方姓名) 出生于 年 月

日结婚时间为： 年 月 日

婚姻变动情况:

生育子女情况:

补充说明:

村 5 人以上签字:

村计生主任签字:

村委主任签字:

村委公章

年 月 日

乡(镇)计生办审核人签字:

乡(镇)计生办公章

年 月 日

附件 5

吕梁市农村计划生育家庭奖励对象
群众评议意见表

现有我村村民_____符合农村计划生育家庭政策规定的奖励条件（请写具体条件）_____，群众民主评议情况如下：

参会人员：

主持人：

村民议事会成员：

群众代表：

群众评议意见：

（此表一式三份）

年 月 日
（加盖村委会公章）

附件 6

山西省农村计划生育家庭奖励对象
公示情况报告(村级)

_____:

经初步摸底调查,我村(居)民_____符合农村计划生育家庭奖励政策规定的登记中报条件,已将其情况进行了公示,公示时间_____月_____日至_____月_____日。公示期间群众无异议,情况属实。

特此报告

村(居)委主任签字:

村(居)计生服务员签字:

村(居)民代表签字(至少 3 名):

_____县_____镇(街道)_____村(居)

(村委会盖章)

_____年_____月_____日

附件 7

山西省农村计划生育家庭奖励对象
公示情况报告(乡级)

_____:

_____年_____月_____日收到_____村的奖励中报名单，
经审核后，委派_____、_____同志负责到该村进行公示，公
示时间_____月_____日至_____月_____日、公示期间群众无异议，
情况属实。

特此报告

乡(镇、街办)长(主任)签字:

分管乡(镇、街办)长(主任)签字:

乡(镇、街办)计生办主任签字:

_____县_____乡镇(街道)

(乡政府盖章)

_____年_____月_____日

备注:

附件 8

山西省农村计划生育家庭奖励名单公示(县级)

为促进农村人口与经济社会协调发展和可持续发展，根据我省落实农村计划生育家庭奖励政策规定，经初步摸底调查，你村(居)共有_____名人员符合规定登记申报条件。现公示，请予以监督。

举报电话：市卫健委：8238660

县卫健局：6322357

公示时间：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

附：登记申报条件为以下六种人员：

1. 农村领取《独生子女父母光荣证》的夫妇；
2. 退二孩生育指标人员，指符合生育第二个孩子条件、但自愿只生一个孩子，并领取《独生子女父母光荣证》。且独生子女满 10 周岁的父母；
3. 独生子女伤残或死亡父母不再生育的家庭；
4. 夫妇均为农业人口，已有两个女孩，且一方接受绝育手术的夫妇双方；
5. 农业人口独生子女或两个女孩的计划生育家庭，夫妇年满 60 周岁的人员；
6. 国家特别扶助对象。

_____年_____月_____日

附件 9

山西省奖励新增花名表

乡镇:

日
月
年

[illegible]

附件 10

山西省计划生育家庭扶助对象退出报告单

_____市_____县（市、区）_____乡（镇、街道）_____村（居）
委会

姓名	公民身份证号码	性别	出生年月	扶助 类型	退出 原因	退出年月	备注
乡（镇、街道）意见	经办人签字：_____年 月 日（盖章）						
县级卫生健康行政部门意见	经办人签字：_____年 月 日（盖章）						
备 注							

单位负责人：_____填表人：_____填表时间：_____年____月____日

