京民发〔2026〕38号

各区民政局、财政局，北京经济技术开发区工委社会工作部、财政国资局：

为贯彻落实《关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的实施意见》（京政办发〔2026〕4号），稳妥做好最低生活保障边缘家庭（原称“低收入家庭”，以下简称“低保边缘家庭”）收入认定标准调整过渡、将低保边缘家庭中重病患者纳

入最低生活保障（以下简称“低保”）救助范围等工作，进一步健全完善分层分类社会救助体系，现就有关工作通知如下。

一、做好低保边缘家庭收入认定标准调整及过渡工作

1.明确认定标准和执行时间。落实国务院决策部署和市政府工作要求，本市低保边缘家庭月人均收入认定标准调整为低于本市当年低保标准的1.5倍，新的家庭收入认定标准自本通知发布之日起实施。

2.稳妥做好收入认定标准调整过渡工作。本通知发布之日前，已纳入到低保边缘家庭救助范围（包括已提出申请的家庭），其家庭月人均收入认定标准以及后期动态复审继续按照低于2540元（目前本市最低工资标准）执行，后续不再随本市最低工资标准联动调整，待本市当年低保标准的1.5倍达到或超过2540元时，其家庭月人均收入的认定标准自动并轨。

二、做好将低保边缘家庭中重病患者纳入低保救助等工作

1.分类明确低保金核算方式。本通知发布之日前，已纳入到低保边缘家庭救助中的重病患者，街道（乡镇）履行变更确认程序后应在本通知发布之月将其纳入低保救助范围；已提出低保边缘家庭救助申请的，街道（乡镇）履行审核确认程序后按实际办理时限将家庭成员中的重病患者纳入低保救助范围。以上低保边缘家庭中重病患者的低保金按照本人收入（在低保边缘家庭认定时核定的本人收入）与本市低保标准的差额计算，差额水平低于本市2025年低保标准（1480元/月）35%的，按照本市2025年低

保标准（1480 元/月）的 35%核定。自本通知发布之日起，提出申请并纳入到低保边缘家庭救助的，其家庭成员中的重病患者纳入低保救助范围，低保金按照本人月收入与本市低保标准差额计算。严格落实动态管理机制，收入情况发生变化的，及时调整低保金额度。

2.做好政策衔接。低保边缘家庭中重病患者纳入低保救助后，按上述规定领取低保金，不再按照《关于进一步加强困难群众基本生活保障工作的通知》（京民社救发〔2020〕141 号）等规定的每月参照当年低保标准的 35%领取生活补贴。低保边缘家庭中的重病患者、重度残疾人、16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生，按规定对应享受低保边缘家庭救助相关政策，同一人员符合多项身份认定条件的，不重复享受。除本通知明确的政策调整外，现行低保边缘家庭的救助政策保持不变。

各区民政部门要提高工作站位，会同财政等部门周密安排部署此次相关政策调整工作，要加强对街道（乡镇）落实低保边缘家庭救助工作特别是此次政策调整落实的业务培训、指导监督，做好政策的精准阐释和答疑解惑工作，主动回应困难群众关切，确保相关政策平稳落地实施。区财政部门要合理安排相应社会救助资金，及时足额发放，保障相关工作顺利开展。

附件：1.最低生活保障边缘家庭救助审核确认表

2.确认给予最低生活保障边缘家庭救助告知书

3.不予确认最低生活保障边缘家庭救助告知书

4.最低生活保障边缘家庭救助终止或变更确认表

5.停止最低生活保障边缘家庭救助告知书

6.最低生活保障边缘家庭救助变更告知书

北京市民政局　　北京市财政局

2026年7月24日

（此件公开发布）

附件 1

<table>
<tr><td colspan="2">保障类别</td><td colspan="2">□城市低边家庭　□农村低边家庭</td><td colspan="2">申请人户籍所在地</td><td colspan="2"></td><td>实际居住地</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">家庭户籍类型</td><td colspan="2">□非农业　　□农业</td><td colspan="2">家庭类别</td><td colspan="3">□有在职人员家庭　　□无在职人员家庭</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家庭成员基本情况</td><td>关系</td><td>姓名</td><td>身份证号</td><td>重病患者</td><td>重度残疾</td><td>未成年人和本科及以下学生*</td><td>联系电话</td><td>月收入（元）</td><td colspan="2">生活补贴或低保金*（元）</td></tr>
<tr><td>本人</td><td></td><td></td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td>□是　□否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">家庭人口</td><td>人</td><td>低保边缘家庭中重残人员、重病患者纳入低保人口</td><td>人</td><td>家庭月总收入（元）</td><td></td><td>家庭月人均收入（元）</td><td></td><td>生活补贴和低保金总计*</td><td>元</td></tr>
<tr><td colspan="3">街道（乡镇）初审意见</td><td colspan="3">街道（乡镇）审核意见</td><td colspan="4">街道（乡镇）确认意见</td></tr>
<tr><td colspan="3">经办人签字:　　年　月　日</td><td colspan="3">经办人签字:　　年　月　日</td><td colspan="4">负责人签字:　　年　月　日</td></tr>
</table>

注：1. 未成年人和本科及以下学生*指 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生。

2. 生活补贴*指对低保边缘家庭中 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生，按照本市当年低保标准的 25%发放的生活补贴。

3. 低保边缘家庭中的重度残疾人本人纳入低保。

4. 低保边缘家庭中的重病患者本人纳入低保。

附件 2

社救低边确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

根据《社会救助法》等相关规定，对您于_____年____月____日提交的低保边缘家庭救助申请，现予确认。

您家庭将自_____年_____月开始认定为低保边缘家庭（家庭人口__人）。其中，16 周岁及以下未成年人__人，16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生__人获得生活补贴，月领取生活补贴总计 _____元；重病患者__人纳入最低生活保障，月领取低保金总计 _____元；重度残疾人__人纳入最低生活保障，月领取低保金总计_____元。

如有异议，可自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议，或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

在认定为低保边缘家庭期间，您及家庭成员符合相关规定的可以申请医疗、教育、住房、就业、采暖等专项救助和临时救助。同时，当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时，应当及时主动告知您户籍所在地街道（乡镇）。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 3

社救低边确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

根据《社会救助法》等相关规定，对您于_____年____月___日提交的低保边缘家庭救助申请，基于以下理由，不予确认：

1.您家庭 xx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定；

2.您家庭 xx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议，或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 4

<table>
<tr><td colspan="2">编号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">持证人姓名</td><td colspan="2"></td><td>变化类型</td><td colspan="3">☐终止低边家庭救助　☐变更保障情况</td></tr>
<tr><td colspan="2">家庭户籍类型</td><td colspan="2">☐非农业　☐农业</td><td colspan="2">持证人户籍所在地</td><td colspan="2"></td><td>实际居住地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">家庭成员变更后基本情况</td><td>关系</td><td>姓名</td><td>身份证号</td><td>重病患者</td><td>重度残疾</td><td>未成年人和本科及以下学生*</td><td>联系电话</td><td>月收入（元）</td><td colspan="2">生活补贴或低保金*（元）</td></tr>
<tr><td>本人</td><td></td><td></td><td>☐是　☐否</td><td>☐是 ☐否</td><td>☐是　☐否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>☐是　☐否</td><td>☐是 ☐否</td><td>☐是　☐否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>☐是　☐否</td><td>☐是 ☐否</td><td>☐是　☐否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>☐是　☐否</td><td>☐是 ☐否</td><td>☐是　☐否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>☐是　☐否</td><td>☐是 ☐否</td><td>☐是　☐否</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">低保边缘家庭救助终止或变更原因</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">变更情况</td><td rowspan="2">家庭人口</td><td>原：　人</td><td rowspan="2">低保边缘家庭中重残人员、重病患者纳入低保人口</td><td>原：　人</td><td rowspan="2">家庭月总收入（元）</td><td>原：</td><td rowspan="2">家庭月人均收入（元）</td><td>原：</td><td rowspan="2">生活补贴或低保金*（元）</td><td>原：</td></tr>
<tr><td>现：　人</td><td>现：　人</td><td>现：</td><td>现：</td><td>现：</td></tr>
<tr><td colspan="3">街道（乡镇）初审意见</td><td colspan="4">街道（乡镇）审核意见</td><td colspan="4">街道（乡镇）确认意见</td></tr>
<tr><td colspan="3">经办人签字：　　年　月　日</td><td colspan="4">经办人签字：　　年　月　日</td><td colspan="4">负责人签字：　　年　月　日</td></tr>
</table>

注：1. 未成年人和本科及以下学生*指 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生。

2. 生活补贴*指对低保边缘家庭中 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生，按照本市当年低保标准的 25%发放的生活补贴。

3. 低保边缘家庭中的重度残疾人本人纳入低保。

4. 低保边缘家庭中的重病患者本人纳入低保。

附件 5

社救低边确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

_____（低保边缘家庭成员及身份证号码）获得的低保边缘家庭救助自_____年_____月终止；

给予_____（低保边缘家庭成员及身份证号码）的生活补贴自_____年_____月起停发；_____（姓名及身份证号码）终止最低生活保障，低保金自_____年_____月起停发。理由如下：

1.您家庭 xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定；

2.您家庭 xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议，或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 6

社救低边确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

由于您的家庭人口状况、经济状况等发生变化，经过重新核算认定，决定从_____年_____月起，对您家庭月领取生活补贴金或低保金每月总计从_____元调整为_____元。

调整原因：

如对本决定不服，可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议，或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

北京市民政局办公室　　2026 年 7 月 29 日印发