京民发〔2026〕40号

各区民政局、教委、财政局、人力资源社会保障局、医保局、残联，北京经济技术开发区相关部门：

现将《北京市刚性支出困难家庭认定办法（试行）》印发给

你们，请结合实际认真贯彻落实。

北京市民政局　　北京市教育委员会

北京市财政局　　北京市人力资源和社会保障局

北京市医疗保障局　　北京市残疾人联合会

2026 年 8 月 14 日

（此件公开发布）

第一章　总　则

第一条　为规范刚性支出困难家庭认定工作，根据《民政部关于印发＜刚性支出困难家庭认定办法＞的通知》、《北京市人民政府办公厅印发＜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＞的通知》等有关规定，结合实际，制定本办法。

第二条　刚性支出困难家庭认定工作应当遵循属地负责、因地制宜、公平公正、便民利民的原则。

第三条　市民政局是本市刚性支出困难家庭认定工作的主管部门，负责总体工作统筹安排、指导监督。区民政局负责本辖区刚性支出困难家庭的综合管理工作，对街道（乡镇）开展刚性支出困难家庭认定工作进行业务指导和监督。街道（乡镇）具体负责本辖区刚性支出困难家庭的申请受理、调查核实、审核确认等工作。社区（村）协助做好相关工作。

第二章　认定条件

第四条　刚性支出困难家庭应当同时具备下列条件：

（一）未纳入特困人员救助供养、最低生活保障和最低生活保障边缘家庭救助范围的本市户籍家庭；

（二）共同生活的家庭成员提出申请之日起前12个月人均收入低于上年度本市居民人均可支配收入;

（三）家庭财产状况符合本市最低生活保障边缘家庭规定;

（四）提出申请之日起前12个月家庭刚性支出总额超过本市最低生活保障标准的4倍，且扣除刚性支出总额后，家庭月人均收入低于本市最低生活保障边缘家庭认定标准。

第五条 刚性支出包括以下必需支出:

（一）医疗支出。指共同生活家庭成员在定点医药机构就医就诊发生的，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助、补充医疗保险、商业健康保险等支付后，政策范围内由个人负担的门（急）诊和住院费用，原则上依据有效票据认定。

（二）教育支出。指共同生活家庭成员在幼儿园阶段，或者实施学历教育的全日制普通本科、高等职业、高等专科、中等职业、普通高中、初中和小学阶段，由个人负担的保育教育费或者学费、住宿费，原则上依据有效票据认定，最高不超过就读幼儿园、学校所在地的教育主管部门提供的同类公办幼儿园、学校收费标准认定。

（三）残疾康复支出。指共同生活家庭成员中的残疾儿童在定点机构接受基本康复服务，扣除政府补助、商业保险赔付费用等部分后，由个人负担的费用，原则上依据有效票据认定，每人最高不超过24000元。残疾儿童康复服务对象及基本康复服务范

围，按照《北京市残疾儿童康复服务办法》《北京市残疾儿童康复服务办法实施细则》等执行。

第三章　认定程序

第六条　申请认定刚性支出困难家庭，应当以家庭为单位由一名共同生活家庭成员作为申请人，向户籍所在地街道（乡镇）提出。申请有困难的，可以委托社区（村）或他人代为申请，并办理相应委托手续。

第七条　申请认定刚性支出困难家庭，应当填写并提交《社会救助申请承诺及授权书》（附件1），同时提交以下材料：

（一）本人和共同生活家庭成员，以及法定赡养人、抚养人、扶养人的身份证和户口本原件；

（二）家庭医疗、教育支出有效票据，以及经区残联审核的残疾康复支出相关材料；

（三）无法通过政务数据共享获得的其他材料。

第八条　街道（乡镇）应当对申请材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应当出具《社会救助申请材料补正通知书》（附件2），一次性书面告知申请人补齐所有相关材料。

第九条　街道（乡镇）应当自受理申请之日起20个工作日内，通过信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证等方式，对申请家庭的基本信息及经济状况进行调查核实，填写《社会救助

申请（定期核查）入户调查表》（附件 3）。

第十条 申请家庭及相关赡养、抚养、扶养义务人家庭经济状况核对结果不符合刚性支出困难家庭认定条件的，街道（乡镇）应当出具《申请社会救助家庭调查结果告知书》（附件 4）。该家庭需在收到《申请社会救助家庭调查结果告知书》之日起 4 个工作日内，提供相关佐证材料。

第十一条 调查核实结束后，街道（乡镇）根据调查核实情况提出初审意见，填写《刚性支出困难家庭审核确认表》（附件 5），并及时在社区（村）务公开栏公示《社会救助初审情况公示》（附件 6），公示期为 7 天。

对公示有异议或出现投诉、举报等有争议的家庭，街道（乡镇）应当重新组织调查核实或开展民主评议，并根据调查或民主评议情况重新提出初审意见。开展民主评议的，应当填写《民主评议会议记录表》（附件 7）。

第十二条 公示结束后，街道（乡镇）应当在 5 个工作日内提出审核意见，作出确认决定。对符合条件的，发放《确认刚性支出困难家庭告知书》（附件 8）和《刚性支出困难家庭救助证》；不符合条件的，发放《不予确认刚性支出困难家庭告知书》（附件 9）。在作出以上确认决定 3 个工作日内，书面告知申请人，并取得送达回证。

第十三条 刚性支出困难家庭审核确认工作应当自受理申请之日起 30 个工作日之内完成。存在人户分离或者家庭经济状

况调查难度较大等特殊情况的，审核确认期限可以延长至45个工作日。对于情形复杂的，可以启动困难群众基本生活保障工作协调机制，通过“一事一议”方式集体研究决定。

第四章　管理与监督

第十四条　经审核确认为刚性支出困难家庭的，有效期一般为12个月，自作出审核确认之日起计算。在有效期内，刚性支出困难家庭按照规定获得相应社会救助或者帮扶。有效期满后，需要继续认定为刚性支出困难家庭的，按照本办法重新申请，前期已经提交且无变化的申请材料，不要求重复提交。

对退出特困人员救助供养、最低生活保障、最低生活保障边缘家庭救助的对象，符合刚性支出困难家庭认定条件的，引导其申请刚性支出困难家庭救助。

第十五条　刚性支出困难家庭在有效期内一般不作终止或变更。其中，对自愿申请退出或经核实发现存在虚报、隐瞒、伪造等情形，以及家庭成员死亡的，街道（乡镇）应当及时终止或变更，填写《刚性支出困难家庭终止或变更确认表》（附件10），并及时送达《停止刚性支出困难家庭告知书》（附件11）或《刚性支出困难家庭变更告知书》（附件12）。对有效期内终止的，在原有效期满前，不再受理刚性支出困难家庭申请。

第十六条 市民政局、市教委、市财政局、市人力资源社会保障局、市医保局、市残联等部门和单位共同确定刚性支出范围和标准。

第十七条 各级教育、人力资源社会保障、医保、残联等部门和单位协助民政部门做好刚性支出困难家庭认定工作。市医保局应当推送医疗支出相关数据。市教委应当提供教育收费政策，指导区教委提供教育收费标准。市人力资源社会保障局应当提供技工学校收费政策及标准。市残联应当指导区残联对符合刚性支出认定条件的残疾康复支出进行审核并出具材料，为刚性支出困难家庭认定提供支持。

第十八条 市民政局应当将刚性支出困难家庭纳入常态化监测预警范围，为相关部门和单位开展刚性支出困难家庭救助帮扶提供信息查询、需求推送等服务支持。

第十九条 区民政局、街道（乡镇）应当规范刚性支出困难家庭认定档案的管理，及时录入电子档案，电子档案与纸质档案具有同等效力。

第二十条 街道（乡镇）应当将有效期内的刚性支出困难家庭情况，在信息公开网站或被救助人居住地社区（村）务公开栏长期公布，公布内容包括被救助家庭申请人姓名、救助人口数、救助有效期、所在街道（乡镇）名称。

第二十一条 各级民政部门应当畅通社会救助服务热线，受理对刚性支出困难家庭认定工作的咨询、投诉、举报，接受社会

监督。

第五章　附　则

第二十二条　刚性支出困难家庭审核确认有关程序，以及申请主体条件、赡养费核算等参照本市最低生活保障边缘家庭认定有关规定执行。

第二十三条　本办法由市民政局、市教委、市财政局、市人力资源社会保障局、市医保局和市残联等部门和单位按职责负责解释。

第二十四条　本办法自发布之日起施行。

附件：1.社会救助申请承诺及授权书

2.社会救助申请材料补正通知书

3.社会救助申请（定期核查）入户调查表

4.申请社会救助家庭调查结果告知书

5.刚性支出困难家庭审核确认表

6.社会救助初审情况公示

7.民主评议会议记录表

8.确认刚性支出困难家庭告知书

9.不予确认刚性支出困难家庭告知书

10.刚性支出困难家庭终止或变更确认表

11.停止刚性支出困难家庭告知书

12.刚性支出困难家庭变更告知书

13.社会救助核查材料提交通知书

14.送达回证

附件 1

_____（区）_____（街道、乡镇）

本人现提出申请（＊请在前小框内勾选）:

☐特困人员救助供养（☐集中供养☐分散供养）　☐最低生活保障　☐生活困难补助

☐最低生活保障边缘家庭　☐刚性支出困难家庭　☐其他 _____

1．家庭基本情况

基本信息

项目	申请人（持证人）	家庭成员 1	家庭成员 2	家庭成员 3	家庭成员 4
姓名					
身份证号					
健康状况	☐ 健康 ☐ 慢性疾病 ☐ 重大疾病 ☐ 重度残疾人	☐ 健康 ☐ 慢性疾病 ☐ 重大疾病 ☐ 重度残疾人	☐ 健康 ☐ 慢性疾病 ☐ 重大疾病 ☐重度残疾人	☐ 健康 ☐ 慢性疾病 ☐ 重大疾病 ☐重度残疾人	☐ 健康 ☐ 慢性疾病 ☐ 重大疾病 ☐ 重度残疾人
就业状况	☐ 单位就业 ☐ 灵活就业 ☐ 自谋职业（自主创业） ☐ 未就业（其中已登记失业 ☐）	☐ 单位就业 ☐ 灵活就业 ☐ 自谋职业（自主创业） ☐ 未就业（其中已登记失☐）	☐ 单位就业 ☐ 灵活就业 ☐ 自谋职业（自主创业） ☐ 未就业（其中已登记失☐）	☐ 单位就业 ☐ 灵活就业 ☐ 自谋职业（自主创业） ☐ 未就业（其中已登记失☐）	☐ 单位就业 ☐ 灵活就业 ☐ 自谋职业（自主创业） ☐ 未就业（其中已登记失☐）
未就业原由	☐怀孕 ☐在哺乳期 ☐ 长期照护家庭成员＊ ☐ 单亲抚养学前儿童 ☐ 其他_____	☐怀孕 ☐在哺乳期 ☐长期照护家庭成员＊ ☐ 单亲抚养学前儿童 ☐ 其他_____	☐怀孕 ☐在哺乳期 ☐长期照护家庭成员＊ ☐ 单亲抚养学前儿童 ☐ 其他_____	☐怀孕 ☐在哺乳期 ☐长期照护家庭成员＊ ☐ 单亲抚养学前儿童 ☐ 其他_____	☐怀孕 ☐在哺乳期 ☐长期照护家庭成员＊ ☐ 单亲抚养学前儿童 ☐ 其他_____
户籍地址					
家庭居住地址	☐ 同户籍地址 ☐ 其他_____	☐ 同户籍地址 ☐ 其他_____	☐ 同户籍地址 ☐ 其他_____	☐ 同户籍地址 ☐ 其他_____	☐ 同户籍地址 ☐ 其他_____
联系电话					
16 周岁及以下未成年人或 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

长期照护家庭成员＊指长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员。

法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员基本信息

项目	法定义务人 1	法定义务人 2	法定义务人 3	法定义务人 4	法定义务人 5
姓名					
身份证号					
赡养、抚养、扶养关系					
户籍地址					
家庭居住地址	□ 同户籍地址 □ 其他_____	□ 同户籍地址 □ 其他_____	□ 同户籍地址 □ 其他_____	□ 同户籍地址 □ 其他_____	□ 同户籍地址 □ 其他_____
联系电话					

2．家庭收入信息

·工资性收入 收入人姓名 _____ 平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元

收入人姓名 _____ 平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元

·经营净收入 收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元

收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元

·农村农副业生产收入 家庭上一年总计收入 _____ 元

·财产净收入 收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元

收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元

出租房屋收益 平均每月_____ 元

转租、出让承包土地经营权收入: _____元

·村集体分红等收入 家庭上一年总计收入 _____ 元

·转移净收入：

·离退休金 领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元

领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元

·居民养老保险金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

·职工养老保险金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

·福利养老金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

领取人姓名 _____ 申请当月 _____元 平均每月 _____ 元

·失业保险金 领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元

领取时限: _____年_____月至_____年_____月

领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元

领取时限: _____年_____月至_____年_____月

·住房公积金支取 领取人姓名 _____支取原因_____申请前 12 个月支取_____元

·获得赡养、抚养、扶养费 平均每月 _____ 元

·其它需要登记的收入 _____

3．家庭财产信息

·现金_____ 元

·银行储蓄和资产管理产品　总金额_____元

·股票、基金等有价证券　　总市值_____元

·商业保险　保险名称_____ 现金价值_____元

保险名称_____ 现金价值_____元

·企业投资人的认缴出资额　认缴出资额 _____元　投资人姓名_____

·股权、股份、债券　总市值 _____元　　持有人姓名 _____

总市值 _____元　　持有人姓名 _____

·房产　产权人姓名_____ 面积_____平方米　□自住　□商用　□出租（每月收益_____元）

产权人姓名_____ 面积_____平方米　□自住　□商用　□出租（每月收益_____元）

·车辆　行驶证登记的所有人_____　车牌号_____

行驶证登记的所有人_____　车牌号_____

·其它需要登记的贵重财产及价值 _____

（说明：可另附页）

4．刚性支出信息（刚性支出困难家庭填写）

·医疗支出　支出人姓名_____，政策范围内由个人负担的医疗费用（个人自付一和个人自付二）_____元，因病致贫家庭医疗救助_____元，其他保险、救助_____元。

支出人姓名_____，政策范围内由个人负担的医疗费用（个人自付一和个人自付二）_____元，因病致贫家庭医疗救助_____元，其他保险、救助_____元。

·教育支出　支出人姓名_____，幼儿园/学校名称_____，幼儿园/学校类型_____，保教费/学费_____元，住宿费_____元。

支出人姓名_____，幼儿园/学校名称_____，幼儿园/学校类型_____，保教费/学费_____元，住宿费_____元。

·残疾儿童康复支出　支出人姓名_____，扣除残疾儿童康复补贴后由个人负担的费用_____元，其他保险、救助_____元。（残疾康复机构及项目符合残联相关政策规定）

支出人姓名_____，扣除残疾儿童康复补贴后由个人负担的费用_____元，其他保险、救助_____元。（残疾康复机构及项目符合残联相关政策规定）

（说明：可另附页）

申请人及家庭成员了解北京市社会救助申请有关政策，现郑重承诺:

1.表格中所填写的全部内容及所提供的全部材料均真实、完整，无欺骗和隐瞒;

2.申请和获得社会救助期间，若人口状况、收入状况、财产状况发生变化，在30日内主动向审核确认单位告知变化情况。

3.申请和获得社会救助期间，自觉接受并配合调查核实工作，积极求职就业，自愿接受街道办事处、乡镇人民政府提供的就业培训、就业介绍;

4.申请和获得社会救助期间，保持联系畅通，联系方式如有变化及时告知审核确认单位。

如不履行上述承诺，自愿依法停止申请或者停止相应的社会救助，并承担相应法律责任。

申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）承诺以下签名、身份证号码均为本人签署，如有虚假，申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）愿意承担法律责任。

同时，申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）授权社会救助审核确认机关委托居民经济状况核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）的基本信息、收入、财产和支出（仅刚性支出困难家庭）情况进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人保、住建、市场监管、税务、规划和自然资源、卫健、医保、住房公积金、银行、保险、证券等部门和机构进行核查和信息比对。亦同意所有涉及到本家庭（含法定赡、抚、扶养人家庭）经济状况和家庭消费信息的部门或机构将所需资料和信息提供给北京市民政局及本人所提出申请的辖区社会救助管理部门。

授权有效期从本人提出申请之日起至终止社会救助之日止。

申请人、家庭成员承诺及授权签字确认：

项目	申请人（持证人）	家庭成员1	家庭成员2	家庭成员3
姓名				
身份证号				
本人签字确认				
签字时间				

法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员承诺以及授权签字确认：

项目	法定义务人1	法定义务人2	法定义务人3	法定义务人4	法定义务人5
姓名					
身份证号					
本人签字确认					
签字时间					

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签。

附件 2

xxx：您好!

我们于_____年____月____日收到您提交的_____申请材料。经审核，有如下材料欠缺或表达不清，请您在收到本补正通知书之日起 5 个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的，视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

1．……

2．……

3．……

xx 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助审核专用章）

年　　月　　日

（一式两份，一份归档，一份送达申请人 ）

附件 3

受 理 区 域：_____区_____街道（乡镇）_____ 社区（村）

申请救助类型：_____

申请人姓名：_____

入户调查单位：_____

入户调查人姓名：_____

入户调查时间：_____

家　庭　基　础　信　息			
家庭户籍类型		是否人户分离	
家庭居住住址		家庭成员结构	
家庭类型		家庭人口	
家庭职业结构		特殊家庭结构	
申　请　人　基　本　信　息			
申请人（持证人）姓名		身份证号码	
性别		民族	
年龄		文化程度	
婚姻状况		政治面貌	
户籍性质		身份类别	
户籍详细地址		联系电话	
身体状况		劳动能力状况	
健康状况		生活自理能力	
残疾种类		残疾等级	
居住情况		生活照顾	
就业状态		职业	
单位名称(及组织机构代码)		单位性质	
单位联系人		联系人电话	
上级主管部门名称		上级主管部门负责人姓名	
上级主管部门联系电话		创办企业名称 （及组织机构代码）	
是否占地农转居		是否水库移民	
家　庭　成　员　情　况			
家庭成员姓名		身份证号码	
与申请人关系		成员类型	
性别		民族	
年龄		文化程度	
婚姻状况		政治面貌	

户籍性质		身份类别	
户籍详细地址		联系电话	
身体状况		劳动能力状况	
健康状况		生活自理能力	
残疾种类		残疾等级	
居住情况		生活照顾	
就业状态		职业	
单位名称(及组织机构代码)		单位性质	
单位联系人		联系人电话	
上级主管部门名称		上级主管部门负责人姓名	
上级主管部门联系电话		创办企业名称 (及组织机构代码)	
是否占地农转居		是否水库移民	

住　房　情　况			
家庭居住详细地址		住房性质	
房屋证件名称		长期共居人口数	
房屋类型		房屋结构	
房屋建筑面积	㎡	人均建筑面积	㎡
是否出租住房		租金收入	元

预　警　信　息	
预警内容	入户核查情况

以上入户调查内容，本人已确认无误	
申请人及在场其他共同生活家庭成员意见及签字	

附件 4

xxx：您好!

根据《社会救助法》等相关规定，对您家庭及相关（□赡养人_____ □抚养人_____□扶养人_____)家庭进行经济状况调查。经调查发现以下情形:

1. □家庭收入超标

具体描述……;

2. □家庭财产超标

具体描述……;

3. □家庭支出不符合认定条件

具体描述……。

请您在收到本告知书之日起 4 个工作日内，提供相关材料;无正当理由逾期未提供的,将视情终止审核确认程序或作出确认决定。

xx 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助审核专用章）

年　　月　　日

附件 5

区名称:　　街道（乡镇）名称:　　社区（村）名称:

<table>
<tr><td colspan="2">申请人户籍所在地</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">实际居住地</td><td colspan="3"></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>联系电话</td><td colspan="5">刚性支出费用（元）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">医疗支出</td><td>教育支出</td><td>残疾儿童康复支出</td></tr>
<tr><td>本人</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">家庭人口</td><td>人</td><td>家庭申请前十二个月总收入（元）</td><td></td><td>因病致贫家庭医疗救助金（元）</td><td></td><td>家庭负担的刚性支出总额（元）</td><td></td><td>扣减后的家庭月人均收入（元）</td></tr>
<tr><td colspan="2">有效期</td><td colspan="8">从_____年 _____月 _____日起，至 _____ 年 ____ 月 ____ 日止。</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="3">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="3">负责人签字:　　年　月　日</td></tr>
</table>

附件 6

根据《社会救助法》等相关规定，拟对下列家庭给予社会救助。现将初审情况公示如下，请广大居民监督。

如有异议，请于_____年___月___日至_____年___月___日（7 日内）向_____街道办事处（乡镇人民政府）反映。

联系电话:

联系地址:

序号	申请人 姓名	家庭 人口数	拟保障 人口数	家庭地址	保障 类别
1					
2					
3					
4					

保障类别：特困人员救助供养、最低生活保障、生活困难补助、最低生活保障边缘家庭、刚性支出困难家庭。

xx 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助审核专用章）

年　　月　　日

附件 7

区　　街道（乡镇）　　社区（村）

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>保障人口</td><td></td></tr>
<tr><td>评议时间</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">应参加评议人数:　　实际参加人数:</td></tr>
<tr><td>评议内容</td><td colspan="5">对家庭经济状况和实际生活状况、个人申报情况的客观性和真实性进行评价。</td></tr>
<tr><td>评议记录</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>评议结果</td><td colspan="5">参加评议人员共　　人（符合有关要求人数）。
对评议内容无异议的　　人。
对评议内容有异议的　　人，具体内容为:</td></tr>
<tr><td>评议代表签字</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">街道（乡镇）意见
（盖章）

（社会救助审核专用章）
年　月　日</td></tr>
</table>

附件 8

社救刚支确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

根据《社会救助法》等相关规定，对您于_____年____月日提交的刚性支出困难家庭申请，现予确认。

您家庭的刚性支出困难家庭有效期从____年____月____日起，至____年____月____日止（保障人口___人），有效期满后将自动退出。

在刚性支出困难家庭有效期内，您家庭及家庭成员符合相关规定的，可以申请医疗、教育、住房、采暖等专项救助。

如有异议，可自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区街道办事处（乡镇人民政府）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 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 9

社救刚支确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

根据《社会救助法》等相关规定，对您于_____年____月日提交的刚性支出困难家庭申请进行了调查核实，基于以下理由，不予确认：

1.您家庭 xxx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定；

2.您家庭 xxx 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 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 10

区名称:　　街道（乡镇）名称:　　社区（村）名称:

<table>
<tr><td colspan="2">持证人姓名</td><td></td><td>变化类型</td><td>□终止 □变更</td><td>申请人户籍所在地</td><td></td><td>实际居住地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">家庭成员基本情况</td><td>关系</td><td colspan="2">姓名</td><td colspan="3">身份证号</td><td colspan="2">联系电话</td></tr>
<tr><td>本人</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">终止或变更原因</td><td colspan="7"></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="3">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="3">负责人签字:　　年　月　日</td></tr>
</table>

附件 11

社救刚支确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

_____（刚性支出困难家庭成员及身份证号码）的刚性支出困难家庭有效期于_____年_____月_____日终止。在原有效期（_____年_____月_____日）满前，不再受理刚性支出困难家庭申请。

理由如下：

1．……

2．……

3．……

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 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 12

社救刚支确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

由于您的家庭发生变化，现做出如下调整：

1．……

2．……

3．……

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 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助确认专用章）

年　　月　　日

附件 13

xxx：您好！

根据《社会救助法》等相关规定，我们于_____年___月___日对您家庭经济状况进行信息核对，您家庭的_____情形不符合（□特困人员救助供养 □最低生活保障 □最低生活保障边缘家庭 □刚性支出困难家庭）的相关认定条件。请您在收到本通知书之日起 15 日内，提供相关材料并说明情况：

1．……；

2．……；

……。

无正当理由逾期不提供相关材料的，将根据信息核对情况作出确认决定。

XXX 街道办事处（乡镇人民政府）

（社会救助审核专用章）

年　　月　　日

（一式两份，一份归档，一份送达申请人 ）

附件 14

送达文书名称	
送达地点	
送达方式	
送达人	送达人签名： 送达人签名：
被送达人	被送达人（或代理人）签名：
送达日期	

备注：送达回证适用本办法中所有涉及告知书的附件。

北京市民政局办公室　　2026年8月14日印发