

福建省残疾人联合会 福建省财政厅文件 福建省人力资源和社会保障厅

闽残联教就〔2015〕88号

关于残疾人自主就业创业 社会保险补贴实施办法的通知

各设区市残疾人联合会、财政局、人力资源和社会保障局，
平潭综合实验区社会事业局、财政金融局：

为鼓励和扶持残疾人自主就业创业，根据《福建省人民政府关于进一步加强扶残助残工作的意见》（闽政〔2014〕48号）、《关于印发〈福建省扶持残疾人就业创业专项资金管理办法〉的通知》（闽财社〔2015〕21号）的有关规定和要求，现将残疾人自主就业创业社会保险补贴实施办法明确如下：

一、补贴对象

通过自主创业、从事个体经营实现就业的残疾人及其雇用的残疾员工、灵活就业的残疾人，并符合下列条件：

（一）在法定劳动年龄段内，具有本省户籍，持有第二代《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》；

（二）在公共就业服务机构进行了就业登记，办理《就业创业登记证》；

（三）以个人身份按规定缴纳社会保险。

二、补贴标准

对符合条件的补贴对象，每年按照当地从业人员基本养老保险、基本医疗保险最低缴费基数缴费金额的 50% 给予社会保险补贴。

社会保险补贴核定公式：年补贴金额 = 当地从业人员上一年度基本养老保险最低缴费基数月缴费金额 $\times 50\%$ $\times$ 实际缴费月数 + 当地从业人员上一年度基本医疗保险最低缴费基数月缴费金额 $\times 50\%$ $\times$ 实际缴费月数。

三、申请、审核、审批和发放程序

对自主创业、从事个体经营实现就业的残疾人及其雇用的残疾员工、灵活就业的残疾人的社会保险补贴，采取“先缴纳后补贴，次年兑补”的办法。

（一）符合补贴条件的个人于每年 6 至 7 月间向户籍地

的县（市、区）残疾人就业服务机构提出申请，并提供以下材料：

1. 《福建省扶持残疾人自主就业创业社会保险补贴申请表》（附件 1）一式二份；

2. 《企业法人营业执照》、《个体工商户营业执照》、灵活就业的证明复印件（仅首次申请时提供）；

3. 《户口簿》、第二代《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》原件及复印件；

4. 《就业创业登记证》原件及复印件；

5. 登录“福建 12333 公共服务网”下载打印并由本人签字的年度个人社会保险参保缴费情况表。

（二）受理申请的残疾人就业服务机构对申报材料进行严格审核。根据申报情况，与人社部门就业困难人员社会保险补贴办理机构的相关信息进行比对，必要时对社会保险缴纳情况进行核实。不符合规定要求的，及时办理退件，并说明原因。符合规定要求的，至少在“残疾人在线”网站上公示一周，公示后无异议的，签署审核意见，报同级残联审批。

（三）受理申请的残疾人就业服务机构的同级残联收到申报材料后，应进一步确认申报材料内容是否属实，核定补贴金额，及时进行审批，并汇总报送同级财政局审定。

（四）市、县（区）财政局根据同级残联的申请，审定

奖励资金并拨付至同级残疾人就业服务机构。奖励资金到帐后，残疾人就业服务机构在 10 个工作日内通过金融机构将奖励资金发放给经批准的个人。

四、监督管理

扶持残疾人自主就业创业补贴资金的预算、申请、拨付、绩效评价、监督管理等按照《福建省扶持残疾人就业创业专项资金管理办法》（闽财社〔2015〕21号）规定执行。

五、其他事项

（一）符合补贴条件的个人在规定期限内未申报的，视为自动放弃。

（二）享受《福建省人民政府关于进一步加强扶残助残工作的意见》（闽政〔2014〕48号）超比例安排就业和集中安置就业奖励的残疾人，不能重复享受本通知的补贴政策。符合《关于印发〈福建省就业专项资金管理办法〉的通知》（闽财社〔2015〕4号）对就业困难人员社会保险补贴政策的残疾人，可以先享受人社部门社会保险补贴政策，停止享受人社部门社会保险补贴政策后，可继续享受本通知规定的补贴政策；享受人社部门社会保险补贴政策期间，不能重复享受本通知的补贴政策。

（三）各级财政、人社、残联等部门要密切协作，优化服务，严格程序，共同做好此项工作，确保每年 10 月底前将社会保险补贴发放到位。

(四) 各级残疾人就业服务机构应建立对残疾人自主就业创业社会保险补贴工作档案，并及时将受理申请、审核、审批、发放等信息录入扶持残疾人就业创业信息管理系统。

(五) 本通知由省残联会同省财政厅、省人力资源和社会保障厅负责解释，自印发之日起执行。

附件：福建省残疾人自主就业创业社会保险补贴申请表



2015年6月9日

附件 1

福建省残疾人自主就业创业 社会保险补贴申请表

(年度)

申请人姓名		性别	文化程度
残疾证号		残疾类别等级	
户籍地	家庭详细地址		
就业形式		证照字号	
就业地点		就业（创业）时间	
上年社会保险缴纳情况	基本养老保险： 个月共 元		从事行业
	基本医疗保险： 个月共 元		联系电话
申请项目和承诺	申请残疾人自主就业创业社会保险补贴，我承诺：申报的各项数据和材料真实、准确、完整，上年度未享受人社部门社会保险补贴。如有虚假申报，愿承担相应的法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日		
人社机构审核意见	上年度享受人社部门社会保险补贴情况： 已享受（ ） 未享受（ ） 单位（盖章） 年 月 日		
残联就业机构审核意见	上年当地从业人员社会保险最低缴费基数月缴费金额：基本养老保险缴费 元，基本医疗保险缴费 元。 核定基本养老保险缴费 个月补贴 元，基本医疗保险缴费 个月补贴 元，合计补贴 元。 初审： 复核： 单位（盖章） 年 月 日		
残联审批意见	单位（盖章） 年 月 日		

备注：就业形式按自主创业、个体就业、灵活就业填写。

