

石城县民政局

石民字〔2025〕8号

关于明确石城县养老机构特困人员住院期间 照护事宜的相关规定的通知

各养老机构：

根据《关于落实特困供养对象、孤儿医疗费用财政兜底政策的通知》（赣市民字〔2022〕3号）文件精神，并结合《关于明确石城县养老机构特困人员住院期间照护事宜的相关规定（试行）的通知》（石民字〔2024〕5号）试行期间情况，现就各养老机构特困人员住院期间照护的相关具体事宜重新明确如下：

一、照护要求

特困人员住院原则上由院里安排本院工作人员照护。住院天数在 5 天内的（含 5 天），一律由各院统筹安排护理员或其他工作人员轮流照护（以护理员照护为主），不得外请护工或由院里其他老人照护，可按照《关于进一步明确特困供养对象、孤儿医疗费用财政兜底政策的通知》（石民字〔2023〕10 号）明确的照护费用补助标准向照护人员发放照护费用补贴；超过 5 天确需雇用护工照护的，须在本院特困人员护理补贴经费有结余的情况下，提前向县民政局核算中心提出申请（详见附件 1），并经局同意后方可雇用，由院方与雇用人员签订《护工照护协议》（详见附件 2），期间超出标准部分的照护费从本院特困人员护理补贴经费中支出。

二、照护费用补助标准

特困人员住院是由护理员或其他工作人员照护，并且白天和晚上均在院照护的，方可向护理员或其他工作人员发放照护费用补贴，具体标准如下：

1. 在乡镇卫生院住院的特困人员，照护人员只是白天照护的，院里不得向照护人员发放照护费用补贴。白天和晚上均在院照护的，凭医院出具的照护费用申请证明（详见附件 3），按自理 60 元/天、失能及半失能 100 元/天的标准给予照护人员照护费用补贴。

2. 在县级医院住院的特困人员，照护人员只是白天照护的，院里不得向照护人员发放照护费用补贴；白天和晚上均在院照护的，凭医院出具的照护证明，按自理 100 元/天、失能及半失

能 150 元 / 天的标准给予照护人员照护费用补贴。

3. 在赣州市级（含赣州市级）以上医院住院的特困人员，照护人员白天和晚上均在院照护的，凭医院出具的照护证明，按自理 150 元 / 天、失能及半失能 200 元 / 天的标准给予照护人员照护费用补贴。

本规定从 2025 年 3 月 1 日起执行，有效期暂定一年。

- 附件：1. 石城县养老机构特困人员住院照护费申请审批表
2. 护工照护协议
3. 石城县特困供养对象照护费申请证明



附件 1

石城县养老机构特困人员住院照护费申请审批表

单位：_____（盖章）

申请时间： 年 月 日

序号	患者姓名	身份证号码	住院机构	疾病诊断	申请照护时间	单天照护金额	照护费总金额	照护人员姓名	身份证号码	联系方式	备注
					例 2024 年 1 月 5 日-1 月 10 日						

局分管领导：

核算中心主任：

敬老院院长（或负责人）：

附件 2

护工照护协议

甲方（机构）：

乙方（护工）：

家庭住址：

一、甲乙双方根据平等自愿的原则，现就涉及看护病人服务过程中的相关权利与义务达成劳务协议，具体内容如下：

1. 由于我院特困供养老人_____因_____，于____年____月____日送_____医院诊治，检查确诊为_____需住院治疗，需要护工看护，为确保老人在住院期间能够得到照料，乙方要全天候 24 小时照护老人。

2. 乙方要保证自身身体健康，有足够的照护能力，同时要做好个人清洁卫生，无任何传染病或影响照护工作的其他疾病。

3. 乙方要根据病情情况帮助老人进行日常起居生活，包括洗漱、进食、更衣、大小便等。

4. 乙方要根据实际情况对老人进行擦身并及时更换老人衣物和被褥，对老人换下的衣物及时清洗和晾晒。

5. 老人出现异常情况，乙方需第一时间与甲方联系。

6. 乙方要遵循医务人员叮嘱的各种注意事项，督促、协助老人执行好。

二、甲方的权利和义务

1. 在医院护理的情况下乙方提供每天 24 小时服务，照

护老人的照护费为每天____元，出院时甲方应一次性付清。

2. 如果乙方和老人发生纠纷或因照护不到位引发意外，所有后果由乙方自行承担，并且甲方有权终止此协议。

三、其他约定

1. 乙方如果因突发状况不能继续照护，需要提前 2 天向甲方说明情况，并且确保甲方找到接替的照护人员方可离开。未报甲方同意擅自离开则甲方不予支付照护费给乙方，且老人因无人照护引发意外，乙方应承担全部责任。

2. 乙方由于自身原因突发疾病或者上下班途中受到其他伤害时，应自行承担后果，甲方概不负责。

3. 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，一经双方签订即时生效。初步预计时间为____天结束(照护费以实际天数为准)，照护时间一到本协议自行终止。

4. 协议期限：____年____月____日起至____年____月____日止。(若协议期限终止，老人需住院照护，甲乙双方需签订下一份《护工照护协议》)。

甲方（盖章）：

乙方（签字）：

法人代表（签字）：

身份证号码：

联系方式：

时间： 年 月 日

附件3

石城县特困供养对象照护费申请证明

患者_____身份证号码_____ 属于
特困供养对象，因患_____，于_____年_____月_____日
至_____年_____月_____日在我院住院，合计_____天。期间，护
理员_____白天和晚上共计_____天均在院照护，特此证
明。

主治医师签字：

科室负责人签字：

联系电话：

单位（盖章）

年 月 日

