

## 关于“善育在亭湖”品牌建设 普惠性托育机构运营补助实施方案（试行）

为切实推动《关于“善育在亭湖”品牌建设的若干措施》落实落细，着力解决 0-3 岁婴幼儿照护难题，不断满足全区婴幼儿照护服务需求，制订本实施方案。

### 一、补助机构范围

补助机构应同时具备以下条件：

1.在亭湖辖区内、依法登记、并在国家托育机构备案信息系统完成注册和备案的托育机构（含普惠性民办幼儿园下延托班）；

2.对照《盐城市普惠性托育服务机构认定与管理办法（试行）》（盐财社〔2023〕8号）《盐城市亭湖区托育服务机构设立和管理办法（试行）》（亭政规〔2023〕2号）要求，保教费不高于 1600 元/月且经主管部门验收合格并认定为普惠性托育机构（含普惠性民办幼儿园下延托班），已享受上级运营补贴的托育机构补足差额部分；

3.机构近两年内未发生责任事故、未受到行政处罚、无失信等不良记录；无歧视、体罚、变相体罚、侮辱、虐待婴幼儿等行为；未发生安全事故和严重婴幼儿伤害事件；未发生其他造

成社会负面影响的事件。

## 二、补助认定及补助标准

### （一）托位运营补助

1.入托要求：婴幼儿入托当月须不满3周岁，且连续入托时间不低于3个月；

2.入托补贴托位认定：按年内在托人数最多的月份认定运营托位（每个托班婴幼儿人数不得超出合理规模，同期在托婴幼儿总人数不得超出认定的托位数）；未单独成班的不享受此项补贴；

3、补助标准：运营补助按自然月计算，实际收托普惠婴幼儿数根据每个月的月末履行合同人数计算。对认定的运营托位给予800-1500元/人/年的运营补助。其中被认定为省级普惠托育机构的给予1500元/人/年，市级普惠托育机构的给予1200元/人/年，区级普惠托育机构的给予800元/人/年。

### （二）省、市普惠性托育机构配套奖励

开展普惠性托育机构创建活动，对年内被评为省、市普惠性托育机构的，在上级给予奖励的基础上区财政同步配套奖励。

## 三、申报流程

1.补助申报：对照申报条件，填写《普惠性托育机构运营补助申请表》《托育机构入托补助在托婴幼儿花名册》，并提供下列证明材料：①与家长签署的收托合同；②收费发票。

### 2.申报及补助发放时间

每学年结束后，组织机构申报并进行审核，财政按审核结果予以补助。

### 3.申报单位及地点

幼儿园、公办托育机构由区教育局审核后向区卫健委申报，民办托育机构直接向区卫健委申报。

## 六、相关要求

1.补助资金可用于设施设备购置、消防设施改造、基础设施改建、玩具教具采购和其他有利于普惠性托育服务的项目支出，严禁用于业务招待费、差旅费、娱乐性消费、偿还债务等与托育服务项目无关的支出；

2.托育机构在申请补助资金、接受核查时，需提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证。对于隐瞒真实情况，提供虚假信息或采取其他方法骗取补助的，除追回已补助资金外，将机构负责人纳入失信人员名单；

3.补助资金在使用过程中，托育机构应建立健全财务使用管理制度，完善各类财务台账，做到专款专用；

4.普惠性托育服务机构有下列行为的，由区卫健委取消其普惠性托育服务机构资格，并取消或追回当年补助经费：

(1) 未按照监管部门要求限期改正违规行为的；

(2) 不接受政府指导，未按照协议约定收取费用的；

(3) 违规组织婴幼儿参加商业性活动，造成恶劣社会影响的；

- (4) 套取、挪用财政补助资金的；
- (5) 弄虚作假、骗取资格的；
- (6) 出现安全、卫生等责任事故，造成社会不良影响的；
- (7) 不配合日常监督管理工作，态度恶劣的；
- (8) 其他违反法律、法规规定的行为。

## **六、实施时间**

2025年3月1日起，试行2年。

## **七、咨询电话**

盐城市亭湖区卫健委人口与家庭发展科：0515-68552846。

附件：3-1.普惠性托育机构运营补助申请表

3-2.托育机构托位运营补助在托婴幼儿花名册

## 附件 3-1

## 普惠性托育机构运营补助申请表

|              |                             |    |    |    |    |                          |    |    |             |     |     |     |
|--------------|-----------------------------|----|----|----|----|--------------------------|----|----|-------------|-----|-----|-----|
| 机构名称         |                             |    |    |    |    |                          |    |    |             |     |     |     |
| 机构住所         |                             |    |    |    |    | 所在乡镇(街道)<br>村(社区)        |    |    |             |     |     |     |
| 机构负责人        |                             |    |    |    |    | 联系方式                     |    |    |             |     |     |     |
| 保育费<br>(元/月) |                             |    |    |    |    |                          |    |    |             |     |     |     |
| 托育机构规模       | 班级数 个, 可提供托位 个<br>提供普惠托位 个。 |    |    |    |    | 收托情况                     |    |    | 年度实际收托数为 人。 |     |     |     |
| 每月实际<br>收托数  | 1月                          | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月                       | 7月 | 8月 | 9月          | 10月 | 11月 | 12月 |
|              |                             |    |    |    |    |                          |    |    |             |     |     |     |
| 托育机构<br>专用账户 |                             |    |    |    |    | 为保育员、教职工<br>缴纳<br>社会保险情况 |    |    |             |     |     |     |

|                    |  |  |   |
|--------------------|--|--|---|
| <p>申请金额</p>        | <p>(申请金额=年度实际收托数*800~1500/12)</p>  |  |   |
| <p>机构承诺</p>        | <p>本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，如有不实，本机构自动放弃补贴领取资格。</p> <p style="text-align: center;">           负责人签字：_____ 托育机构（盖章）<br/>           年 月 日         </p> |  |   |
| <p>区教育局<br/>意见</p> | <p style="text-align: center;">(盖章)<br/>年 月 日</p>  | <p style="text-align: center;">区卫生健康<br/>委意见</p> | <p style="text-align: center;">(盖章)<br/>年 月 日</p> |

备注：幼儿园开设托班，由教育部门审核后报卫健部门；民办托育机构由卫健部门审核。

附件 3-2

## \_\_\_\_\_年\_\_月在托婴幼儿花名册

机构名称：

| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 所在班级 | 入托时间 | 监护人 | 联系电话 | 备注 |
|----|----|----|------|------|------|-----|------|----|
| 1  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 2  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 3  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 4  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 5  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 6  |    |    |      |      |      |     |      |    |
| 7  |    |    |      |      |      |     |      |    |

填报人：

机构主要负责人：

填报时间：