

合肥市人民政府文件

合政〔2021〕2号

合肥市人民政府关于印发《合肥市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施办法》 《合肥市城乡医疗救助实施办法》的通知

各县（市）、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《合肥市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施办法》《合肥市城乡医疗救助实施办法》已经2020年12月25日市政府第79次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



2021年1月1日

合肥市城乡居民基本医疗保险 和大病保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为统一全市城乡居民医疗保险制度，保障参保人员基本医疗保险待遇和大病保险待遇，根据《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》（皖政办〔2019〕14号）、《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）》（皖医保发〔2019〕11号）等相关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，坚持政府补助与个人筹资相结合的原则，坚持保障水平与经济社会发展相适应的原则，实行统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一协议管理、统一基金管理。

第三条 本办法适用于合肥市行政区域内城乡居民基本医疗保险和大病保险参保缴费、待遇享受和监督管理等工作。

第四条 各级人民政府应当将城乡居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，逐步加大城乡居民基本医疗保险资金

投入，为城乡居民基本医疗保险提供经费保障，按照规定纳入各级财政预算安排，并做好城乡居民组织参保工作。

第五条 医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险政策制定、组织实施和监督管理等工作。

医疗保障基金管理机构负责城乡居民基本医疗保险参保登记、就医管理、待遇支付和基金管理等工作。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收管理工作。

财政部门负责落实城乡居民基本医疗保险财政补助资金，做好城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理、预算安排和拨付等工作。

教育部门及学校负责在校学生参保组织工作。

民政部门负责特困供养人员、社会散居孤儿、低保对象身份认定，以及低收入家庭、因病致困家庭收入认定工作。

卫生健康部门负责医疗机构医疗行为监督管理和计划生育特殊家庭身份认定工作。

扶贫部门负责建档立卡贫困人口身份认定工作。

发展改革、民政、公安、审计、市场监管、残联等部门，按照各自工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

第六条 城乡居民基本医疗保险和大病保险筹资标准、保障待遇应当根据经济社会发展水平、居民收入水平、医疗服务水平和基金运行情况以及国家和省相关规定适时调整，由市医疗保障部门会同市财政部门提出意见，报市人民政府批准后实施。

第二章 参保缴费

第七条 本市范围内未参加职工基本医疗保险的下列人员，可以参加城乡居民基本医疗保险：

- （一）本市户籍城乡居民；
- （二）随在本市就业参保人员共同生活的未成年子女；
- （三）持有本市居住证，在原籍未参加基本医疗保险的人员及其未成年子女；
- （四）各类在校学生；
- （五）随在本市工作外籍专家共同生活的配偶及未成年子女。

第八条 每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期。在集中参保缴费期内参保登记并足额缴费的，自次年1月1日至12月31日享受城乡居民医疗保险待遇。

高校新入学学生应在集中参保期参加我市下一年度城乡居民基本医疗保险，自参保缴费之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第九条 下列人员可以补办参加城乡居民基本医疗保险缴费手续，按照规定享受城乡居民医疗保险待遇。其他未在集中参保期参加城乡居民基本医疗保险的人员不予补办。

- （一）一周岁以内婴儿自出生之日起3个月内补缴当年度参

保费用的，自出生之日起享受当年城乡居民医疗保险待遇；超过3个月参保缴费的，自缴费之日起享受当年城乡居民医疗保险待遇。

（二）退役士兵、刑满释放人员办理参保缴费的，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

（三）持有《精神障碍患者救助卡》的精神障碍患者办理参保缴费的，享受当年度城乡居民医疗保险待遇。

（四）参保人员在停止缴纳职工基本医疗保险3个月内接续参加城乡居民基本医疗保险的，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

（五）国家和省医疗保障部门规定的可以延长参保缴费期的人员，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

第十条 城乡居民应在户籍地或居住地社区（村）居民委员会参保登记；高校学生应在学籍地学校参保登记。新生儿在户籍地或监护人居住地街道（乡镇）办理参保缴费手续；其他符合补办参保规定的人员在市、县（市）医保经办机构办理参保缴费手续。已参保居民可以通过合肥医保微信公众号参保缴费。

第三章 基本医疗保险

第十一条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊待遇和其他医疗保险待遇。一个年度内，城乡居民基本医疗保险

基金累计最高支付 30 万元/人。

第十二条 参保人员在协议医疗机构住院发生的政策范围内医疗费用，按照下列规定执行：

（一）普通住院。普通住院设置起付线，起付线以下费用由个人自付，起付线以上、基金支付限额以内的费用，由城乡居民基本医疗保险基金和个人按比例分担。参保居民住院治疗执行按病种分组付费的，按照相关规定执行。

1.本地住院。参保居民在本市范围内一级医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）、二级和县级医疗机构、三级医疗机构、省属三级医疗机构住院治疗的，起付线分别为 200 元、500 元、700 元、1000 元，基金支付比例分别为 90%、85%、80%、75%。参保人员不通过县域内最高级别医疗机构或医共体牵头医院转诊到三级及以下、省属三级医疗机构住院治疗的，起付线增加 1 倍，报销比例分别降低 10、15 个百分点。

下列情况实行起付线减免：

（1）参保学生、18 周岁及以下居民住院起付线减半。

（2）恶性肿瘤放化疗（含靶向治疗）、脑瘫康复等需要分疗程间段多次住院的特殊疾病患者，在同一医疗机构住院的，一个参保年度内只设一次起付线。

（3）实行双向转诊的，免除上转首次及下转第二次住院起付线。

2.异地住院。办理转诊手续到市域外省内医疗机构住院治疗

的，起付线增加 1 倍，基金支付比例降低 5 个百分点；到省外医疗机构住院治疗的，起付线按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按照 2000 元计算，最高不超过 1 万元），基金支付比例 60%。未办理转诊手续在市域外就医的，基金支付比例、保底报销比例分别再降 10 个百分点。

参保大学生异地就医由高校负责办理备案手续，大学生放假、休学、外出社会实践活动等发生的异地住院医疗费用，按我市相应级别协议医疗机构医保支付标准执行。

3. 普通住院发生的符合规定的医疗费用实行保底报销，保底报销比例 45%。

（二）日间手术、放化疗待遇。日间病房发生的日间手术、日间放化疗医疗费用，纳入普通住院管理。

第十三条 门诊待遇按照以下规定执行：

（一）基层普通门诊。参保居民在参保地乡镇卫生院（社区卫生服务中心，下同）、一体化管理的村卫生室（社区卫生服务站）发生的普通门诊费用，医保基金按照 60% 比例支付，单次最高支付限额分别为 50 元、20 元，年度基金累计最高支付 100 元/人。

（二）大额普通门诊。一个年度内，参保居民在参保地二级及以上医疗机构（或经申请符合条件的基层医疗机构）普通门诊发生的政策范围内医药费用（不含健康体检、慢性病门诊费用），单次达到 200 元且年度累计超过 500 元的，超过部分医保基金按

照 60%比例支付，年度基金累计最高支付 2000 元/人。

（三）大学生普通门诊。在校大学生普通门诊按照 50 元/人标准由学校包干使用，不再享受基层普通门诊和大额普通门诊待遇。

（四）慢性病门诊。参保居民患有我市规定的门诊慢性病病种，可以申请慢性病门诊待遇。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

（五）高血压糖尿病门诊用药保障。参保居民高血压、糖尿病患者，需要门诊长期治疗但未达到门诊慢性病标准的，纳入高血压糖尿病门诊用药保障范围。具体办法由市医疗保障部门会同相关部门另行制定。

第十四条 其他医疗保险待遇规定。

（一）住院分娩补助。参保产妇住院分娩发生的生育医疗费用定额补助 1200 元。产妇在妊娠期或分娩期因并发症住院产生的医疗费用，按照同类别医院住院医疗保险待遇执行，不再享受分娩定额补助。

（二）残疾人辅助器具补助。残疾人装配辅助器具按照装配费用的 50%比例给予补助，补助周期为五年。下肢残疾人装配下肢假肢，每具大腿假肢最高补助 2000 元，每具小腿假肢最高补助 1000 元；7 周岁及以下听力障碍儿童配备助听器，每只最高补助 3500 元。符合规定的残疾人，凭残疾人证复印件、辅助器具装配单及发票在参保地经办机构办理补助手续。

（三）捐赠器官或组织手术。参保居民捐赠器官或组织发生的政策范围内住院医疗费用（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用），由医疗保险基金全额支付。

第四章 大病保险

第十五条 参加城乡居民基本医疗保险的居民（含在校大学生）全部纳入大病保险保障范围，享受大病保险待遇时间与基本医疗保险待遇时间一致。

第十六条 参保人员发生的住院医疗费用及慢性病门诊医疗费用，在享受基本医疗保险待遇后，一个年度内个人负担的合规医疗费用（不含基本医疗保险起付线）累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。

第十七条 城乡居民大病保险起付线为 1.5 万元。起付线以上实行分段按比例支付，起付线以上（不含本数，下同）5 万元以下（含本数，下同）报销 60%、5 万元以上 10 万元以下报销 70%、10 万元以上 20 万元以下报销 75%、20 万元以上报销 85%。未办理转诊在市域外医疗机构住院治疗的，上述分段报销比例分别降低 10 个百分点。非本市户籍参保人员（大学生除外）在本市连续参加基本医疗保险不满 3 年的，大病保险年度封顶线 30 万元，其他参保人员大病保险不设封顶线。

第五章 就医服务

第十八条 城乡居民医疗保险执行国家和省药品、耗材、医疗服务项目设施等目录和负面清单制度。

第十九条 城乡居民基本医疗保险按照规定实行医药机构协议管理，建立健全协议医药机构准入退出机制，实行动态管理。协议医药机构应当严格执行城乡居民基本医疗保险政策，认真履行医疗保险服务协议，规范诊疗行为，严格掌握疾病入院指征和住院标准，因病施治，合理用药，实施联网直接结算。医药机构协议管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第二十条 协议医药机构应当按照全市统一的城乡居民基本医疗保险信息系统建设规范要求，完善医药机构信息系统，与医保信息系统实现对接并实时传输诊疗信息、费用信息、医疗保险智能监控信息。

第二十一条 参保居民持医保电子凭证、社会保障卡（电子社保卡、二代身份证、其他有效身份证件）在协议医药机构就医产生的医疗费用，基金支付部分由医保经办机构与协议医药机构结算，个人自付部分由个人在医疗机构即时结算。

第二十二条 推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊，引导参保人员合理就诊，规范就医。急诊抢救、重症、传染病不受转诊限制，不降低报销比例。

第二十三条 鼓励参保人员与家庭医生签订医疗服务协议，

医保基金根据服务内容给予适当补贴。具体办法由市医疗保障部门会同市财政、市卫生健康部门另行制定。

第六章 基金管理

第二十四条 城乡居民基本医疗保险基金由居民个人缴费、政府配套补助资金、基金利息收入和其他收入组成。城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。大病保险基金由统筹基金按规定划拨。

第二十五条 城乡居民基本医疗保险基金全市统收统支，在全市范围内实行统一基金账户管理、统一基金预决算管理、统一基金收支管理、统一责任分担机制的“四统一”管理模式。具体办法由市医疗保障部门会同市财政部门另行制定。

第二十六条 城乡居民基本医疗保险基金应当及时足额拨付相关费用，提高基金使用效率。建立城乡居民基本医疗保险基金结余动态监测机制，建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险。

第二十七条 坚持城乡居民基本医疗保险基金收支运行情况信息公开制度，建立健全基金预决算制度、财务会计制度，加强基金收支管理，强化基金内部审计和外部监督。

第二十八条 城乡居民基本医疗保险基金实行总额预算控制下的按疾病诊断分组（DRG）、按病种、按人头、按床日、按

项目、按服务人群打包等多种付费方式相结合的复合式支付方式，有效控制医疗费用增长。

第七章 经办管理

第二十九条 建立全市统一的医疗保障信息系统，实现市、县（市）、乡镇（街道）、村（社区）实时联网，满足城乡居民基本医疗保险信息发布、参保缴费、看病报销、统计分析、投诉举报、监督管理、智能审核监控、费用审核拨付和一站式结算等管理和需要。建立城乡居民基本医疗保险移动支付缴费系统，方便居民参保缴费。

第三十条 市医疗保障部门制定全市统一的城乡居民基本医疗保险管理制度、经办流程、工作标准和业务规范，推进经办标准化建设，提升服务质量和水平。

第三十一条 城乡居民基本医疗保险和大病保险按照相关规定，可以委托商业保险机构经办或承办。商业保险机构按照“收支平衡、保本微利、自负盈亏”原则承办居民大病保险，医疗保障基金管理机构与商业保险机构签订服务协议，实行合同管理。商业保险机构经办考核管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第八章 附 则

第三十二条 建档立卡贫困人口医保报销政策按照省相关

文件规定执行。

第三十三条 本办法由市医疗保障部门负责解释。

第三十四条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期暂定 3 年。期间国家和省政策调整的，按照调整的政策执行。

合肥市城乡医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为保障困难群众基本医疗需求，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，维护社会和谐稳定，根据《社会救助暂行办法》、《安徽省人民政府关于贯彻落实〈社会救助暂行办法〉的实施意见》（皖政〔2014〕83号）、《安徽省城乡医疗救助实施办法》等文件精神，制定本办法。

第二条 城乡医疗救助坚持以下原则：

- （一）坚持托底线、救急难、可持续的原则；
- （二）坚持政府救助与社会扶助相结合的原则；
- （三）坚持救助水平与经济社会发展水平相适应的原则；
- （四）坚持医疗救助与基本医疗保险、大病保险相衔接的原则；
- （五）坚持量力而行、应救尽救的原则；
- （六）坚持公平公正、及时高效的原则。

第三条 城乡医疗救助资金通过财政安排、专项彩票公益金、社会捐助等渠道筹集。市及县（市）、区（开发区）应当根据资金需求和上级财政补助资金情况，足额安排本级财政医疗救助资金和工作经费，列入当年财政预算。实施过程中资金缺口部

分，由县（区）级财政及时予以弥补。

第四条 医疗救助资金由县（市）、区（开发区）财政部门统一管理、分账核算、专款专用，当年筹集的救助资金应当应救尽救。对当年结余资金超过年救助资金总量 10% 的，市将调减下年度医疗救助资金补助额。医疗救助资金应当开展专项审计或绩效评估，并将审计或评估结果作为资金安排的参考依据。市医疗保障局根据需要适时开展医疗救助资金市级统筹工作。

第二章 部门职责

第五条 医疗救助工作实行属地管理，由县（市）、区人民政府、开发区管委会负责，县（市）、区医疗保障部门、开发区社会事业（发展）部门组织实施。

民政部门负责特困供养人员、社会散居孤儿、低保对象认定，低收入家庭和因病致困家庭收入认定工作；

扶贫部门负责贫困人口认定工作；

卫生健康部门负责计划生育特殊家庭救助对象确认、医疗行为的监督管理等工作；

残联会同民政部门负责残疾救助对象认定工作；

财政部门负责筹集并及时拨付医疗救助资金；

人力资源社会保障、住房保障和房产等部门根据各自职责协助做好医疗救助相关工作。

第六条 各相关部门、医疗机构之间要加强协作配合，实现救助对象身份、家庭收入、财产状况、诊疗情况及费用等信息共享，提高管理服务水平，方便困难群众。

第三章 救助对象和范围

第七条 救助对象分为重点救助对象和其他救助对象。

（一）重点救助对象。包括：特困供养人员、社会散居孤儿、最低生活保障对象（以下简称低保对象）、建档立卡贫困人口（以下简称贫困人口）、计划生育特殊家庭（指未列入低保和贫困人口的独生子女三级以上残疾或死亡，且未再生育或收养子女的家庭）父母；

（二）其他救助对象。包括：低收入家庭（家庭人均收入是低保标准的2倍及以下）重病患者、老年人，因病致困家庭（全年家庭总收入减去个人自付的医疗总费用小于低收入家庭标准的家庭）重病患者，以及市政府确定的其他救助对象。

第八条 医疗救助的范围包括：

（一）参保费用补助。重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人负担的费用实行分类补助，其中，特困人员给予全额补助，其他重点救助对象给予定额补助。

（二）住院医疗费用。救助对象在协议医疗机构发生的住院医疗费用。

（三）门诊医疗费用。救助对象在协议医药机构发生符合规定的慢性病门诊医疗费用。特困供养人员、社会散居孤儿、计划生育特殊家庭父母在协议医疗机构发生的普通门诊费用，可以根据医疗救助资金年度结余情况给予适当救助。

第四章 救助标准

第九条 医疗救助的标准为：

（一）一般医疗救助。救助对象在协议医疗机构发生的符合本办法第八条规定的医疗费用（普通门诊费用除外），经基本医疗保险、大病保险、商业保险（以下简称“各种保险”）报销后，个人自付医保政策范围内合规费用（下同）按照下列标准救助：

1.特困供养人员、社会散居孤儿：救助比例为 90%，年度救助金额不超过 4 万元。

2.低保对象、贫困人口、计划生育特殊家庭父母：救助比例为 70%，年度救助金额不超过 3 万元。

3.低收入家庭、因病致困家庭重病患者：个人自付费用累计超过 1.5 万元的，超过部分救助 50%，年度救助金额不超过 2 万元。

（二）重特大疾病救助。患重特大疾病的救助对象经各种保险和一般医疗救助后，个人自付合规医疗费用仍然过高的，按照下列标准救助，年度救助金额不超过 8 万元。

1.重点救助对象：个人自付费用 0.5 万元以上（不含本数，下同）2 万元以下（含本数，下同）、2 万元以上 6 万元以下、6 万元以上 12 万元以下、12 万元以上，分别按照 40%、50%、60%、70%比例救助。

2.其他救助对象：个人自付费用 2 万元以上 6 万元以下、6 万元以上 12 万元以下、12 万元以上，分别按照 50%、60%、70%比例救助。

（三）普通门诊救助。特困供养人员、社会散居孤儿、计划生育特殊家庭父母在协议医疗机构发生的普通门诊费用年度救助金额不超过 500 元/人。

第十条 救助对象申请救助的费用为一个自然年度发生的个人自付合规医疗费用。

第五章 限制性规定

第十一条 其他救助对象有下列情形之一的，不予医疗救助：

（一）申请家庭拥有非住宅类房产（家庭长期居住的唯一房产除外）；或者拥有 2 套以上（不含 2 套）住宅类房产，且人均建筑面积大于我市最低住房保障标准 2 倍；

（二）申请家庭拥有 2 辆及以上汽车，或者拥有购置价格在 10 万元及以上的机动车；

（三）拒绝配合相关部门的调查、核查，无法核实真实收入、家庭财产或医疗费用支出情况；

（四）故意隐瞒家庭真实收入（包括隐性收入）、提供虚假申请材料和证明。

第十二条 下列发生的医疗费用不纳入医疗救助范围：

- （一）自杀、自残、打架斗殴、酗酒、吸毒的；
- （二）镶牙、整容、矫形、配镜的；
- （三）交通事故、工伤事故、医疗事故有第三者赔偿责任的；
- （四）违法、违规、违章造成伤害的；
- （五）在港澳台、境外就医的；
- （六）参保人员医疗费用未按照医疗保险规定正常结算的；
- （七）外购药品的（按规定在医保协议谈判药店购药除外）；
- （八）在第三方机构检验检测的；
- （九）基本医疗保险住院个人起付费用（门槛费）；
- （十）其他不应当纳入医疗救助范围的费用。

第六章 申请和审批

第十三条 医疗救助对象在协议医疗机构发生的医疗费用，实行基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”结算。应当由医疗救助资金支付的费用，由医疗机构先行垫付，救助对象只需支付个人自付部分。无法在协议医疗机构“一站式”结算的救助对象，

先由个人支付医疗费用，在医疗费用发生后一年内向户籍地乡镇人民政府（街道办事处，下同）申请救助，程序如下：

（一）申请。救助对象提出书面申请，提供户口本、身份证、享受救助的相关证件、医疗费用发票、医疗费用清单、出院小结、本年度病历和必要的病史材料。乡镇人民政府受理申请，出具书面受理通知书。

低收入和因病致困家庭患者申请救助时，应当同时提供《家庭经济状况查询授权书》。救助对象死亡的，由其共同生活的家庭成员提出救助申请。

（二）审核。县（市）、区民政部门完成家庭经济状况核对后，乡镇人民政府在5个工作日内完成入户调查和评议，民政部门出具收入认定表。符合条件的，由村（居）民委员会对申请人有关情况进行公示，公示期3天。公示无异议后，由乡镇人民政府报送县（市）、区（开发区）医疗救助经办部门审批。

重点救助对象无需进行入户调查、评议和公示。其他救助对象共同生活家庭成员范围以及收入计算办法参照城乡居民最低生活保障对象执行。

（三）审批。县（市）、区（开发区）医疗救助经办部门在收到申报材料5个工作日内完成审批。审批表报同级财政部门，财政部门在5个工作日内将救助资金打入救助对象个人账户。

不符合救助条件的，受理或审批部门应当书面告知申请人。

第十四条 协议医疗机构应当适当降低救助对象住院治疗

入院预缴费用，确保困难群众能及时入院接受治疗，按规定进行基本医保和医疗救助一站式结算。县（市）、区（开发区）救助经办部门按照协议定期与医疗机构结算医疗救助资金，对不按照规定用药、诊疗和提供医疗服务所产生的医疗费用，医疗救助资金不予支付。

第十五条 各县（市）、区医疗保障部门、开发区社会事业（发展）部门应当加强医疗救助档案管理，建立健全救助台帐，实时掌握资金收支情况。在建立个人电子档案基础上，完善纸质档案，确保个人救助档案完整、准确。

第七章 法律责任

第十六条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。医疗机构套取骗取医疗救助资金的、与救助对象串通套取骗取医疗救助资金的、为救助对象虚构资料套取骗取医疗救助资金的，骗取的资金予以追回，取消医疗保险协议定点服务资格；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第十七条 医疗救助对象采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金的，停止医疗救助，责令退回非法获取的医疗救助资金；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第十八条 医疗救助经办人员玩忽职守、徇私舞弊，贪污、挪用、虚报医疗救助资金，擅自提高或者降低医疗救助水平的，

按规定给予处分，责令退回非法获得的医疗救助资金；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第八章 附 则

第十九条 医疗救助经办部门应将医疗救助政策、办事程序、医疗救助资金发放情况按规定进行公示，并设立投诉及举报电话。

第二十条 本办法由市医疗保障部门负责解释。

第二十一条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。实施期间，国家和省医疗救助政策有新规定的，从其规定。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院、
检察院，合肥警备区，各人民团体，各民主党派。

合肥市人民政府办公室

2021 年 1 月 1 日印发
