

苏州市工伤职工劳动能力鉴定申请表

流水号：

申请信息	单位全称													工伤职工 彩色一寸 免冠照片							
	单位联系人		移动电话																		
	单位送达地址	_____省_____市_____县(市区)																			
	职工姓名		公民身份号码 (社会保障号)																		
	职工联系人		移动电话																		
	职工送达地址	_____省_____市_____县(区)																			
参保信息	工伤时职工是否参加工伤保险		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																		
工伤职工受伤诊断及伤情稳定后残疾和功能情况简介	事故发生/职业病诊断时间		年 月 日																		
	认定工伤决定书编号		苏_____工认〔_____〕_____号																		
	受伤害部位/职业病名称																				
	简述伤情治疗经过及目前功能情况：																				
申请类型	申请人类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 用人单位 <input type="checkbox"/> 社会保险经办机构																			
		<input type="checkbox"/> 工伤职工 <input type="checkbox"/> 近亲属：姓名：_____；与工伤职工关系_____；身份证件号码：_____																			
	申请类别	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定 <input type="checkbox"/> 复查鉴定																			
	鉴定项目	<input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度等级鉴定																			
		<input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度等级鉴定																			
确认项目（有需要的勾选）	<input type="checkbox"/> 安装辅助器具的确认																				
	<input type="checkbox"/> 旧伤复发的确认																				
	<input type="checkbox"/> 停工留薪期延长的确认																				
	<input type="checkbox"/> 法律法规规定的其他确认事项																				

申请鉴定理由				
申报事项确认栏	申请再次鉴定时需填写	收到初次（复查）鉴定结论书日期 (结论送达部门盖章确认)	年 月 日	
		结论书编号		
		鉴定结论		
		申请再次鉴定日期		
	劳动关系是否续存		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	申请材料	1.《认定工伤决定书》；		
		2.被鉴定人的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明；		
		3.按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的门诊病历、手术记录、出入院小结、检查检验报告等完整的病历材料；		
4.代为提出劳动能力鉴定申请的，申请人应提交有效身份证明原件、与被鉴定人的关系证明及授权委托书；				
5.申请复查鉴定还应提供历次鉴定结论；				
6.劳动关系续存证明材料(申请复查鉴定时提供)；				
7.劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。				
本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。		本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。		
被鉴定人签名（盖章）：		申请单位签字（盖章）：		
年 月 日		年 月 日		

注：1.填表请用黑色钢笔、签字笔，字迹工整。
2.如鉴定过程中发现仍需康复治疗的，作出劳动能力鉴定结论的期限相应顺延。
3.“残疾和功能情况”载明的伤情要与《认定工伤决定书》描述的伤情部位一致。
4.再次鉴定应在收到初次/复查鉴定结论之日起15日内提出申请；复查鉴定应在自上一次作出鉴定结论之日起1年后，且在工伤保险关系续存期间提出申请。
通讯地址：太仓市陆渡街道十八港路29号太仓人社综合服务大厅工伤综窗
固定电话：0512-53580605

流水号：

被鉴定人 信息	职工姓名	
	用人单位全称	
以下内容由劳动能力鉴定委员会填写		
鉴定科目		
伤 情 介 绍	受伤时间、受伤害经过及医院诊断：	
	现场查体时间及功能情况记录：	

鉴定
依据

专家组意见:

1. 劳动功能障碍程度, 经鉴定符合伤残_____级;

2. 生活自理障碍程度, 经鉴定符合_____生活自理障碍;

①进食 能 不能 ②穿衣、洗漱 能 不能

③翻身 能 不能 ④自主行动 能 不能

⑤大、小便 能 不能

3. 配置辅助器具确认, 经鉴定同意安装_____。

4. 其他: _____。

鉴定专家签名: 1. _____ 2. _____ 3. _____

年 月 日

劳动能力鉴定委员会结论:

经审定, 符合: 伤残_____级; _____生活自理障碍;

确认_____。

苏州市劳动能力鉴定委员会

年 月 日