苏州市职工工伤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(市区) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保信息 | 工伤时职工是否参加工伤保险 | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工受 伤诊断治疗 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 受伤害部位/职业病名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 伤情稳定后残疾和功能情况简介： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 申请人类别 (可多选) | □用人单位 □工伤职工或者其近亲属 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □社会保险经办机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类别 | □初次鉴定 □复核鉴定 □复查鉴定 □再次鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定项目 | □劳动功能障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活自理障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 确认项目 | □安装辅助器具的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □旧伤复发的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □停工留薪期延长的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □法律法规规定的其他确认事项 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请劳动能 力鉴定理由 |  | | | |
| 申报事项 确认栏 | 申请复核及再  次鉴定需填写  的信息内容 | 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 | |  |
| 申请复核鉴定日期 | |  |
| 申请再次鉴定  需填写的信息  内容 | 收到市级劳动能力  复核鉴定结论书日期 | | 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 | | | □是 □否 |
| 申请材料 | 1 ．《认定工伤决定书》复印件； | | |
| 2 ．工伤职工居民身份证复印件； | | |
| 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、影像报告、出院小结等完整有效的病历材料； | | |
| 4 ．申请复查鉴定还应提供历次鉴定结论复印件； | | |
| 5 ．劳动关系续存证明材料(复查鉴定时提供)； | | |
| 6 ．劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。 | | |
| 被鉴定人 (签名)  年 月 日 | | 单位 (公章)  年 月 日 | |
| 本人经治疗和康复后，伤情已基本稳定；承诺所填写内容和提供材料真实准确有 效，否则承担相应的法律责任。 | | | | |
| 承诺人(签名) | | 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 ．复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起 15 日内提出申请；再次鉴定应在收 到复核鉴定结论之日起 15 日内提出申请。

5 ．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：苏州市姑苏区桐泾北路 11 号 固定电话： 0512-66090151

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 | 受伤情况事故发生时间与受伤害经过简述： | |
| 查体时间及情况： | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |