

明劳鉴()号

因工伤残劳动能力鉴定申请表

用 人 单 位: XXX公司(单位)

被鉴定人姓名: 张XX

申请日期: 202X 年 X 月 X 日

以上由申请人填写

因工伤残劳动能力鉴定申请表

| | | |
|---------------------------------|---|----------------------|
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 工伤职工姓名: 张 XX | 一寸近期 免冠彩色 照片 |
| | 工伤认定决定书编号: 三明市(XX县)认定工伤[202X]X号 | |
| | 证件类型 居民身份证 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> | |
| | 身份证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |
| | 联系电话(必填一项): <u>1XXXXXXXXXX</u> (手机) _____(固话) | |
| 联系地址: XX省XX市XX县XX街道XX号 | 邮编□□□□□□ | |
| 用 人 单 位 信 息 栏 | 用人单位名称: XXX公司(单位) | |
| | 用人单位联系人: XXX 联系电话: 1XXXXXXXXXX | |
| | 联系地址: XX省XX市XX县XX街道XX号 | 邮编□□□□□□ |
| 申 报 事 项 确 认 栏 | 申请鉴定类型选择(请在□内打√单项选择) <input type="checkbox"/> 1.初次鉴定; <input type="checkbox"/> 2.再次鉴定; <input type="checkbox"/> 3.复查鉴定; <input type="checkbox"/> 4.配置辅助器具确认,申请配置项目 _____; <input type="checkbox"/> 5.其他 | |
| | 申请主体(请在□内打√单项选择) <input type="checkbox"/> 1.用人单位; <input type="checkbox"/> 2.工伤职工或者其近亲属; <input type="checkbox"/> 3.社会保险经办机构。 | |
| | 申请人签名或者盖章: 张 XX(签字) | 申请单位盖章: 单位申请一定要盖章 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 |

以上由申请人填写

因工伤残劳动能力鉴定（结论）表

伤情介绍：

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_____护理依赖；

a)进食： d)穿衣、洗漱：

b)翻身： e) 自主行动。

c)大、小便：

3.配置辅助器具确认 经鉴定_____。

鉴定专家签名意见：_____。

专家 1：

专家 4：

专家 2：

专家 5：

专家 3：

年 月 日

劳动能力鉴定委员会结论：

经审定，符合：

_____级伤残；

_____护理依赖；

配置辅助器具确认_____。

审核人签名（印章）：

年 月 日

亲爱的朋友：

对您受到的工伤我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与工伤保险服务人员联系。

温馨提示：提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1. 《因工伤残劳动能力鉴定申请表》一式一份；
2. 《工伤认定决定书》原件或复印件加盖单位公章；
3. 医疗终结情况表一份（原件）；
4. 工伤职工的居民身份证或者社会保障卡等有效身份证明原件和复印件；一寸近期免冠彩色照片；
5. 按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料；（原件和复印件均须加盖医疗机构公章）：
 - (1) 疾病诊断证明书或者职业病诊断证明书和职业病致残程度技术鉴定结果通知书；
 - (2) 原始门诊病历、入院记录、出院记录、手术记录、病理报告等；
 - (3) 与申请劳动能力鉴定病情有关的检查、化验结果报告等；
 - (4) CT 片、X 光片（受伤时、手术后、近期复查）受伤部位各一份；
6. 劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

注意事项：

1. 填表请用钢笔、签字笔，字迹工整；
2. 申请人只需要填写劳动能力鉴定申请表第 1-2 页，请准确填写各项信息；
3. 劳动能力鉴定委员会自收到劳动能力鉴定完整材料之日起 60 日内作出劳动能力鉴定结论。伤情复杂、涉及医疗卫生专业较多的，作出劳动能力鉴定结论的期限可延长 30 日；
4. 受理地点：三元区杜鹃新村 32 栋一楼（三明市劳动能力鉴定委员会办公室）。如有疑问，请咨询有关工作人员，联系电话：7506638。