

# 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		<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																				
	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)	<input type="checkbox"/> 用人单位 <input type="checkbox"/> 工伤职工或者其近亲属																			
		<input type="checkbox"/> 社会保险经办机构																			
	申请类别	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 复核鉴定 <input type="checkbox"/> 复查鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定																			
	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 (请初次鉴定时一并勾选)	<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		
		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》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）	单位（公章）		
	年 月 日	年 月 日		
<p>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。</p> <p>承诺人（签名） 年 月 日</p>				

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：太仓市陆渡街道十八港路29号太仓人社局工伤中心 电话：0512-53580605  
复核地址：苏州市姑苏区桐泾北路11号 电话：0512-66090151

流水号：

被鉴定人 信息	职工姓名	
	用人单位全称	
<b>以下内容由劳动能力鉴定委员会填写</b>		
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. 劳生活自理障碍程度, 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