

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 (请初次鉴定 时一并勾选)	☐ 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																			

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	

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：	

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	☐ 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）		单位（公章）	
年 月 日		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）		单位所在地区镇的人社部门（盖章）： 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： 昆山市工伤认定中心（前进西路1801号）
苏州市姑苏区桐泾北路11号

固定电话： 0512-55216791
固定电话： 0512-66090151