苏工鉴申字〔 〕第 号

苏州市职工因工劳动能力鉴定申请表

工伤职工：

单位名称（单位公章）：

单位地址：

邮政编码：

单位联系电话：

单位联系人：

填表日期：

苏州市人力资源和社会保障局 制

受理编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人  姓 名 |  | | 性  别 |  | | 是否参保 |  | | 近 期  照 片 |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | | |
| 工伤认定  书编号 | 苏（ ）工伤认字[ ]第 号 | | 发生工伤  时 间 | | |  | | |
| 工伤认定受伤部位 |  | | 被鉴定人  电话 | | |  | | |
| 被鉴定人  住 址 |  | | | | | | | | |
| 原鉴定时间及等级 |  | | | | | | | | |
| 伤 病 情 况 | 简要伤情及治疗经过：  本人要求鉴定。本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 职工本人签字 | |  | | | 监护人签字 | | |  | |
| 说明：  1、单位申请的需在鉴定申请表封面盖好公章；表格打开贴好照片,左半边填写完整，右半边不用填写，并同时提供以下材料：  a、《工伤认定决定书》复印件一份  b、受伤职工身份证原件及复印件（正反面复印在一张A4纸上）  c、参保职工提供参保证明原件  d、受伤职工的门诊病历、检查报告（X片、CT、磁共振MRI、B超、血液检查等正式报告单）、手术记录、出院小结的复印件  2、时间规定：医疗终结（一般伤情满6个月后可申请，股骨骨折、头部受伤、大面积烧伤、烫伤等严重伤情需受伤时间满1年申请）  3、递交时间：工作日上午9点-11点；地址：桐泾北路11号一楼大厅，电话：66090151 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **以下内容由劳动能力鉴定委员会填写:** |
| 医学分科类别： |
| 简要受伤及治疗经过：  医疗检查和技术鉴定情况：  1．劳动功能障碍程度：残情  参照鉴定标准 级 条，拟定 。  2．生活自理障碍程度 。  专家组医师（签名）：      年 月 日 |
| 鉴定结论：  根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》，经苏州市劳动能力鉴定专家组鉴定，被鉴定人目前伤情符合：  1．致残程度为 级  2．护理依赖程度为：□完全护理依赖 □大部分护理依赖 □部分护理依赖  3．延长医疗期 月  苏州市劳动能力鉴定委员会章  年 月 日 |