劳动能力初次（复查）鉴定申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工信息栏 | 工伤职工姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 工伤认定决定书编号： | |
| 证件类型： 居民身份证□ 其他□  身份证件号码： | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （固话） | | |
| 联系地址（邮寄地址）： | | |
| 用人单位信息栏 | 用人单位名称： | | |
| 用人单位联系人： 联系电话： | | |
| 联系地址（邮寄地址）： | | |
| 申报事项确认栏 | 申请鉴定类型选择（请在□内打√单项选择）  一、初次鉴定 二、复查鉴定  □1.劳动功能障碍程度等级鉴定 □1.劳动功能障碍程度等级鉴定  □2.生活自理障碍程度等级鉴定 □2.生活自理障碍程度等级鉴定  □3.工亡职工供养亲属非因工伤残或 □3.其他：  因病丧失劳动能力程度鉴定  □4.辅助器具配置确认：  □5.旧伤复发确认  □6.工伤康复必要性及期限确认  □7.停工留薪期延长确认  □8.其他： | | |
| 申请主体（请在□内打√单项选择）  □1.用人单位 □2.工伤职工或者其近亲属 □3.社会保险经办机构 | | |
| 申请人签名或者盖章：  年 月 日 | 申请单位盖章：  年 月 日 | |
| 承诺事项 | \*本人（本单位）郑重承诺：已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息，所提供的诊断证明和相关病历材料均真实、有效，若有造假，自愿承担一切法律责任及后果。    承诺人（承诺单位）：  年 月 日 | | |