

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

流水号：(暂不填写)

申请信息	平台企业名称	(与《职业伤害确认结论书》上载明的用人单位保持一致)										职业伤害 人员 近期 免冠照片
	联系人		移动电话									
	平台企业 送达地址	_____省_____市_____县(市区) <u>(地址具体到门牌号)</u>										
	新就业形态 就业人员姓名		公民身份号码 (社会保障号)									
	联系人	(职工本人或亲属)	移动电话									
	新就业形态就业 人员送达地址	_____省_____市_____县(市区) <u>(地址具体到门牌号)</u>										
参保信息	是否参加职业伤害保障	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
职业伤害人员受伤诊断及伤情稳定后残疾和功能情况简介	事故发生时间											
	职业伤害确认结论书编号	例：苏 XXXX 职认〔2025〕1号 《职业伤害确认结论书》右上角第二行编号										
	受伤害部位	(与《职业伤害确认结论书》载明受伤部位一致)										
	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"/> 平台企业					<input type="checkbox"/> 职业伤害人员或者其近亲属					
		<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"/> 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 <u>(需写明要申请的辅助器具名称, 辅助器具目录参见苏人社发〔2017〕413号文件)</u> <input type="checkbox"/> 职业伤害治疗期延长的确认 (与等级鉴定不能同时申请)											
申请劳动能力鉴定理由												

