

编号（        ）        号

# 劳动能力鉴定申请表

劳动能力鉴定人姓名：

劳动能力鉴定人联系电话：

劳动能力鉴定类别：

填表日期：        年        月        日

收表日期：        年        月        日

拉萨市人力资源和社会保障局 制

## 亲爱的朋友：

我们对您受到的工伤致以诚挚的慰问。为确保劳动能力鉴定工作顺利开展，请您按照以下要求一次性完整提供相关申请材料。

## 申请劳动能力鉴定须提交的材料：

- 1.《认定工伤决定书》复印件；
- 2.有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料，涉及多个就医医院的，须提供所有就医医院的检查、检验报告、出院证明等完整有效的病历材料；
- 3.工伤职工身份证或社会保障卡等有效身份证件复印件；
- 4.劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

**备注：**申请复查鉴定的，须提交劳动能力初次鉴定结论复印件。

## 注意事项：

- 1.请用钢笔或签字笔填写，字迹工整；
- 2.申请人只需填写“劳动能力鉴定申请表”页，请完整、准确填写各项信息；
- 3.如有疑问请咨询：拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科；联系电话：0891-6331456、6512018；办公地址：拉萨市城关区夺底北路17号（拉萨市人力资源市场4楼404室）。

# 工伤职工参加现场劳动能力鉴定 须携带的病例资料

## 一、骨科

近一个月本次伤情恢复情况的各项检查报告，工伤相关的新旧 CT、X 光片、核磁共振等检查材料。已行手术治疗的，需同时提供术前和术后的影像学报告单。

## 二、眼睛

近期受伤眼睛裸眼视力、矫正视力(包括验光度数)、视野检查图、VEP 检查结果、眼底造影或眼底照相，已行手术治疗的还需提供手术记录。

## 三、耳朵

双耳近期主观听阈检查(电测听)、客观听阈检查(ABR 值)结果。

## 四、职业病

近 3 个月内相关部位功能报告、血气分析化验、高千伏胸片等检查报告，入职和离职体检报告。

## 五、其他

未列其他伤残类别，提供近期复查报告以及相关检查、诊断、治疗等完整病历材料。

**注：**应提交的材料中涉及的“近期”是指近一个月内。

# 提交劳动能力鉴定申请材料 目录清单

拉萨市劳动能力鉴定委员会：

本人（单位）于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日向你委提交了  
\_\_\_\_\_的劳动能力鉴定申请，提交的相关材料如下：

序号	材料名称	是否原件	页数

本人（单位）承诺：提交的上述材料真实、合法、有效，如有虚假，由本人（单位）承担相关法律责任。

提供人（受委托人）签字（盖章）：

年 月 日

# 授权委托书

(单位)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

我单位职工\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时左右，在\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_发生事故，现全权委托\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_；联系电话：\_\_\_\_\_）前往贵局办理相关事宜。

## 委托事项:

- 1.代表单位申请劳动能力鉴定
- 2.代表单位接受有关调查
- 3.代表单位签收劳动能力鉴定相关文书

## 其他委托事项:

- 1.
- 2.
- 3.

备注：须提交受委托人身份证复印件。

单位法定代表人或负责人签名:

单位盖章:

受委托人签名（手印）:

年 月 日

# 授权委托书

(个人)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
联系电话：\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时  
左右，在\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_发生事故，现全权  
委托\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_；  
联系电话：\_\_\_\_\_）前往贵局办理相关事宜。

## 委托事项：

- 1.代表个人申请劳动能力鉴定
- 2.代表个人接受有关调查
- 3.代表个人签收劳动能力鉴定相关文书

## 其他委托事项：

- 1.
- 2.
- 3.

备注：须提交受委托人身份证复印件。

委托人签字（手印）：

受委托人签字（手印）：

年 月 日

# 劳动能力鉴定申请表

工 伤 职 工 信 息 栏	工伤职工姓名：		一寸近期 免冠彩色 照片
	认定工伤决定书编号：		
	证件类型：1. 居民身份证 <input type="checkbox"/> ； 2. 其他 <input type="checkbox"/> _____		
	身份证件号码：		
	联系电话（必填一项）：_____（手机）_____（固话）		
	联系地址：  <div style="text-align: right;">邮编 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>		
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：  <div style="text-align: right;">邮编 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>		
申 请 事 项 确 认 栏	申请鉴定类型选择（请在 <input type="checkbox"/> 内打 <input checked="" type="checkbox"/> 单项选择）		
	<input type="checkbox"/> 1. 初次鉴定，鉴定部位：_____；		
	<input type="checkbox"/> 2. 复查鉴定，鉴定部位：_____；		
	<input type="checkbox"/> 3. 配置辅助器具确认，申请配置项目：_____；		
<input type="checkbox"/> 4. 生活自理障碍程度鉴定：_____；			
<input type="checkbox"/> 5. 关联性鉴定：_____；			
<input type="checkbox"/> 6. 其他：_____。			
申请主体（请在 <input type="checkbox"/> 内打 <input checked="" type="checkbox"/> 单项选择）			
<input type="checkbox"/> 1. 用人单位； <input type="checkbox"/> 2. 工伤职工或者其近亲属； <input type="checkbox"/> 3. 社会保险经办机构。			
申请人签名（手印）：		申请单位签字（盖章）：	
年    月    日		年    月    日	

# 劳动能力鉴定（结论）表

伤情介绍：

鉴定依据：

专家组意见：

- 1.劳动功能障碍程度：经鉴定，符合\_\_\_\_\_级伤残，停工留薪期\_\_\_\_\_个月；
- 2.配置辅助器具确认：经鉴定，\_\_\_\_\_；
- 3.生活自理障碍程度：经鉴定，符合\_\_\_\_\_护理依赖；  
a) 进食 ； b) 翻身 ； c) 大、小便 ； d) 穿衣、洗漱 ； e) 自主行动
- 4.关联性鉴定确认：经鉴定，\_\_\_\_\_；
- 5.其他：\_\_\_\_\_。

	姓名	职称	工作单位
专家 组鉴 定人 签字			

劳动能力鉴定委员会结论：

经审定，符合：\_\_\_\_\_级伤残；停工留薪期确认：\_\_\_\_\_个月；  
配置辅助器具确认：\_\_\_\_\_；  
护理依赖：\_\_\_\_\_；  
关联性鉴定确认：\_\_\_\_\_；  
其他：\_\_\_\_\_。

审核人签名（印章）：

年 月 日

（注：本页由劳动能力鉴定委员会留存。）