

拉萨市工伤保险辅助器具配置申请表

工伤职工姓名		性别		民族		籍贯		照片
工伤时间		伤残部位		伤残等级				
工伤认定部门及时间				联系电话				
身份证号码				所在单位名称				
申请事项	<p style="text-align: right;">申请人签字： 年 月 日</p>							
劳动能力鉴定委员会受理情况	<p style="text-align: right;">经办人签字： (盖章) 年 月 日</p>							
医疗卫生专家鉴定情况	<p style="text-align: right;">专家签字： 年 月 日</p>							
劳动能力鉴定委员会确认结论	<p style="text-align: right;">经办人签字(盖章)： 年 月 日</p>							

注：1.此表由用人单位、工伤职工或近亲属申请配置辅助器具时填写，由受理申请的劳动能力鉴定委员会留存。

2.工伤时间、伤残部位：按社会保险行政部门出具的《认定工伤决定书》填写。

3.伤残等级：按劳动能力鉴定委员会出具的劳动能力鉴定结论填写。

4.费用支付方式：按用人单位支付或工伤保险基金支付两种方式选择填写。

5.申请事项填写：申请配置何种辅助器具。