附件1

2017年调整工伤人员伤残津贴核对表

核对单位（盖章）： 工伤保险经办机构（盖章）： 制表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号码 | 性别 | 出生年月 | 参加工作时间 | 受伤时间 | 调整前月伤残津贴（元/月） | 按湘人社发〔2017〕52 号文件增加金额（元/月） | 审核调整后月伤残津贴（元/月） | 家庭住址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

工伤保险经办机构负责人签名： 工伤保险经办机构经办人签名：

人力资源和社会保障行政部门负责人签名： 人力资源和社会保障行政部门经办人签名：

财政部门负责人签名： 财政部门经办人签名：