编号：云南省 州（市）劳鉴

工伤职工劳动能力确认申请表

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

年 月 日

亲爱的朋友：

对您受到的工伤我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！

为使您能够顺利进行各项劳动能力确认，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与工伤保险服务人员联系。

温馨提示：提出劳动能力确认申请，需提交以下材料：

1.《工伤认定决定书》原件和复印件（视情）；

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（工伤康复申请需提供协议机构康复方案）；

3.工伤职工的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件和复印件；

4.劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

注意事项：

1.填表请用钢笔、签字笔，字迹工整；

2.申请人只需要填写劳动能力鉴定申请表第一页，请准确填写各项信息；

3.如有疑问，请咨询有关工作人员。

**职工劳动能力确认申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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： 邮编□□□□□□ |
| 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： 邮编□□□□□□  |
| 申报事项确认栏 | 申请确认类型选择（请在□内打√或X，可多项选择）□1.辅助器具配置申请表□2.工伤康复性治疗确认；□3.工伤复发确认；□4.延长停工留薪期确认；□5.疾病与事故伤害或职业病关联确认。 |
| 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 |

|  |
| --- |
| 伤病情介绍： |
| 协议（医疗或康复或辅助器具配置）机构意见（请填写或在□内打√、X）：1. 辅助器具名称 项目编号 。
2. □需要康复，康复期 月；

□不需要康复。1. □属于工伤直接导致疾病；

□疾病与工伤有关联；□不属于工伤直接导致疾病。1. 延长停工留薪期 月。
2. □疾病直接导致事故伤害或职业病；

□疾病可能导致事故伤害或职业病；□疾病不可能导致事故伤害或职业病。 |
| 协议机构签名或者盖章： 年 月 日 |
| 康复方案（仅限工伤康复、另附） |