申请编号： 结论编号：

**工伤职工劳动能力确认申请表**

申请人姓名：

用人单位名称：

电话号码：

年 月 日

**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： | |
| 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）  □1.辅助器具配置申请  □2.工伤康复性治疗确认；（另附工伤康复方案）  □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：  年 月 日 | 申请单位盖章：  年 月 日 | |

|  |
| --- |
| 伤病情介绍（本次住院治疗的主治医生填写）  工伤职工伤病情情况：  本次住院治疗原因及治疗方式：  本次住院预计住院治疗时间：  主治医生签名： 协议机构（医院）盖章： 年 月 日 |
| 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；（另附工伤康复方案）□不需要康复。  3.□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。  4.延长停工留薪期 月。  5.□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。 |
| 劳动能力鉴定委员会专家组意见（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；（另附工伤康复方案）□不需要康复。  3.□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。  4.延长停工留薪期 月。  5.□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。  确认专家签名：  专家1： 专家2： 专家3：  曲靖市劳动能力鉴定委员会  年 月 日 |

温馨提示：提出劳动能力确认申请，需提交以下材料：

1. 工伤职工劳动能力确认申请表一份；
2. 《工伤认定决定书》复印件一份（需带原件核实）；
3. 个人申请书（写清楚个人信息、工伤信息、申请事项和内容）；
4. 有效的诊断证明书（工伤康复申请需提供协议机构康复方案）；
5. 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首次治疗病历材料（住院病案首页、入院记录、手术记录、检查报告单、出院小结等）；
6. 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；
7. 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.申请人请准确填写各项信息；

3.如有疑问，请咨询有关工作人员。