

工伤职工劳动能力鉴定确认事项申请表

所属地：淮南市

工伤职工信息栏	工伤职工姓名		工伤认定决定书编号				一寸近期免冠彩色照片	
	身份证号 (社会保障卡号)					性别		
	工伤认定诊断结论 或职业病名称		工伤发生时间		年 月 日			
	是否已终止 工伤保险关系	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手机号码				
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达						
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)							
指定受送达人：电话：邮编：								
用人单位信息栏	用人单位名称					单位经办人姓名		
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达				经办人手机号码		
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)							
指定受送达人：电话：邮编：								
申报事项信息栏	申请确认事项	<input type="checkbox"/> 工伤康复确认 <input type="checkbox"/> 延长停工留薪期确认 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具确认 <input type="checkbox"/> 旧伤复发确认 <input type="checkbox"/> 停工留薪期满后仍需要继续治疗确认 <input type="checkbox"/> 工伤直接导致疾病确认 <input type="checkbox"/> 停工留薪期或者工伤复发治疗期间的护理争议确认						
	申请主体	<input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 工伤职工 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属 <input type="checkbox"/> 4. 社会保险经办机构						
	近亲属姓名		关系		身份证号			
	申请人(申请单位)承诺：以上填写内容及所附申请材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。							
	申请人签字： (用人单位盖章)							
	申请时间：年 月 日							

注：所有选项均为单选，请在□内打√。