

因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定申请表

因病或非因工致残被鉴定人信息栏	姓名:		一寸近期 免冠彩色 照片
	参加职工基本养老保险: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	待遇领取地或最后参保地: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	证件类型(请在 <input type="checkbox"/> 内打√, 单项选择) 居民身份证 <input type="checkbox"/> 社会保障卡 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	联系电话(必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址: 指定受送达人: _____ 邮编 <input style="width: 100px;" type="text"/>		
用人单位信息栏	用人单位名称:		
	用人单位联系人:		
	联系电话:(必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址: 指定受送达人: _____ 邮编 <input style="width: 100px;" type="text"/>		
申报事项信息栏	申请类型选择(请在 <input type="checkbox"/> 内打√, 单项选择): <input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定		
	申请主体(请在 <input type="checkbox"/> 内打√, 单项选择): <input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 被鉴定人 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属: 姓名 _____; 与被鉴定人关系 _____; 身份证件号码: _____		
	主要病残情况简介(包括主要病残、初发诊断及时间、持续病程、治疗情况、目前病残情况等):		
	本人承诺: 以上内容及所附其他材料均真实有效, 如有虚假, 愿承担相关法律责任。 申请人签名(盖章): _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	本单位承诺: 以上内容及所附其他材料均真实有效, 如有虚假, 愿承担相关法律责任。 申请单位签字(盖章): _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	

(注: 本页由申请人填写, 请准确填写各项信息)