附件

因病或非因工致残劳动能力鉴定情况

填报单位名称： 填报时间： 单位：人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 申请病退鉴定人数 | | | | 评定伤残等级人数 | | | | | |
| 小计 | 初次申请 | 再次 | （或重复）申请 | 合计 | 符合完全丧失劳动能力 | 小计 | 不符合完全丧失劳动能力 | | |
| 其中：  改变结论 | 其中：大部分丧失劳动能力 | 其中：部分丧失劳动动能力 | 其中：不符合丧失劳动能力 |
| 甲 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人签章： 处（科）负责人签章： 填表人签章：

列关系：（1）=（2）+（3）,（3）≥（4），（5）=（6）+（7）=（6）+（8）+（9）+（10），（7）=（8）+（9）+（10）。

备注：1．未开展因病或非因工致残再次或重复劳动能力鉴定的省份第（3）、（4）列可不填报；

2．仅评定是否符合完全丧失劳动能力的省份第（8）、（9）、（10）列可不填报