|  |
| --- |
| 工伤（亡）职工待遇申请表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  | 工伤(亡) 职工照片 |
| 工伤(亡) 发生时间 |  | 工伤(亡)认定书文号 |  | 社保卡号 |  |
| 工伤(亡) 认定时间 |  | 首次鉴定结论 |  | 首次鉴定时间 |  |
| 护理结论 |  | 护理鉴定等级 |  | 再次鉴定结论 |  |
| 再次鉴定时间 |  | 复查鉴定结论 |  | 复查鉴定时间 |  |
| 伤残部位 |  | 解除劳动合同时间 |  |
| 伤残待遇项目 | 伤残津贴 |  | 护理费 |  | 伤残津贴与养老金差额 |  |
| 一次性伤残补助金 |  | 一次性医疗补助金 |  | 鉴定费 |  |
| 工亡待遇项目 | 直接死亡 |  | 停工留薪期内死亡 |  | 1-4级停工留薪期满死亡 |  |
| 一次性工亡补助金 |  | 丧葬费 |  |
| 火化时间 |  | 火化地点 |  |
| 土葬原因 |  |
| 供养亲属抚恤金 | 供养亲属姓名 | 性别 | 出生年月 | 与死者关系 | 供养原因 | 供养亲属照片1 | 供养亲属照片2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 供养亲属照片3 | 供养亲属照片4 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报单位意见  |  以上所填内容经我单位核实，情况属实。 |  | 申报单位（章） |  |
| 经办人： |  |  |  | 审批人： |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |

 咨询电话：0391-6636168