残疾等级评定审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 民 族 | | |  | | | 照  片 | |
| 出生年月 |  | 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 入伍（参加工作）时间 |  | 退伍（退职）时间 | |  | | | | | | | |
| 因战因公负伤时（评定病残时）所在单位 |  | | | | | | | 已评定的残疾性质及残疾等级（调残及二次受伤人员填写） | | | | |  |
| 户 籍 地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 类 别 | 符合《伤残抚恤管理办法》（1号令）第二条第一款第（ ）项人员 | | | | | | | | | | | | |
| 致残具体情形（包括受伤时间、地点、原因、部位等) |  | | | | | | | | | | | | |
| 残情检查情况及医疗卫生专家小组鉴定意见 | 残疾情况：  辅助检查：  诊断及功能障碍程度：  根据《军人残疾等级评定标准》（民发〔2011〕218号）  第（ ） 条第（ ） 款之规定，建议评定（ ）级残疾。  （医疗卫生机构章）  组长签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗卫生专家小组成员情况及签名  （3人以上,含组长） | 姓 名 | | 专业技术职务 | | | | 从事专业 | | | | 个人签名 | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
| 县级退役军人事务局  审核意见 | 残疾性质：  申报等级：  （盖章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市级退役军人事务局  审核意见 | 残疾性质：  申报等级：  （盖章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省级医疗卫生专家小组评定意见 | （可另附一页） | | | | | | | | | | | | |
| 省级退役军人事务厅行政  确认意见 | 残疾性质：  残疾等级：  （盖章）  批复文号： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 证书类别 |  | | | | | | | | | | | | |
| 证书编号 |  | | | | 证书流水号 | | | | |  | | | |

填 表 说 明

1.本表一式三份，审批后各级退役军人事务部门各存一份。

2.医疗卫生专家小组意见无法在本表填写，可另附体检表或体检报告等。

3.本表首页相关信息由县级人民政府退役军人事务部门工作人员填写，一律使用黑色或蓝黑色钢笔（签字笔）填写，内容真实，字迹清楚，本表若有修改，请在修改处加盖相关部门印章。

4.照片处加盖申请人户籍地县级人民政府退役军人事务部门印章后生效。

5.负责人对审核意见终身负责，原则上由分管局领导签字。

6.本表（共4页）用A3纸双面打印成册后使用。