**机关单位公伤待遇核准申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 伤（亡）时间 | 　 | 联系地址 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 公伤认定书文号 | 　 | 鉴定结论书文号 | 　 |
| □未发现残疾不做劳动能力鉴定□经劳动能力鉴定未达到伤残等级评定标准□经劳动能力鉴定达到伤残等级评定标准□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 单位名称 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 单位地址 | 　 |
| 经办人姓名 | 　 | 经办人电话 | 　 |
| 医疗（康复）费用、鉴定费及辅助器具的金额及票据张数： |
| 备注： |

经办人签名：　　　　　　　　　 职工或其近亲属签名：

用人单位盖章： 申请日期： 年 月 日