



关于印发《池州市劳动能力鉴定工作程序 暂行办法》的通知

池劳社发〔2005〕13号

各县、区劳动保障局，九华山工委政治处，开发区管委会劳动人事局，市劳动保障局机关各科室、各直属单位：

为规范劳动能力鉴定程序，进一步做好职工因伤、因病致残丧失劳动能力程度鉴定工作，经局长办公会议研究同意，现将《池州市劳动能力鉴定工作程序暂行办法》印发给你们，请认真组织实施。

池州市人力资源和社会保障局

2005年3月31日



池州市劳动能力鉴定工作程序暂行办法

第一条为 规范劳动能力鉴定程序，依法办理劳动能力鉴定，根据国务院《工伤保险条例》和劳动保障部《关于劳动能力鉴定有关问题的通知》(劳部发〔2003〕25号)规定，制定本暂行办法。

第二条 市劳动能力鉴定委员会负责组织全市行政区域内劳动能力鉴定工作。各县、区(含九华山风景区、开发区，下同)劳动保障行政部门负责代为受理本行政区域内劳动能力鉴定申请，并提交市劳动能力鉴定委员会作出鉴定结论。

第三条 企业职工因工负伤或因患职业病，经治疗伤情相对稳定后存在残疾、影响劳动能力的应当进行劳动能力鉴定。企业职工因病、非因工丧失劳动能力，也可以申请进行劳动能力鉴定

第四条 各县、区用人单位职工因伤、因病致残申请劳动能力鉴定的，由用人单位或者工伤、因病、非因工伤残职工或直系亲属按属地原则向当地劳动保障行政部门提出劳动能力鉴定申请。市本级用人单位职工因伤、因病致残申请劳动能力鉴定的，直接向市劳动鉴定委员会提出申请。

第五条 申请劳动能力鉴定应提交下列材料：

(一) 申请劳动能力鉴定的报告；

(二) 填写《劳动能力鉴定申请表》一式两份；



（三）工伤认定结论复印件；

（四）原始病历、诊断证明书，职业病诊断证明书；

（五）身份证复印件；

第六条 劳动能力鉴定申请人提供的申请材料完整，属于劳动能力鉴定受理范围的，按属地管理原则由当地劳动保障行政部门代为受理，并向申请人出具受理通知书。市本级用人单位职工因伤、因病致残申请劳动能力鉴定的，由市劳动能力鉴定委员会直接受理，并向申请人出具受理通知书。

第七条 各县、区劳动保障行政部门经审核认为不予受理的劳动能力鉴定申请，应在收到申请之日起 7 日内将劳动能力鉴定申请材料及审核意见报市劳动鉴定委员会，市劳动鉴定委员会在申请人提出劳动能力鉴定申请之日起 15 日内作出是否受理决定。

第八条 劳动能力鉴定申请人提供材料不完整的，各县、区劳动保障行政部门或市劳动能力鉴定委员会应当当场或者在 7 个工作日内以《劳动能力鉴定申请告知书》形式一次性告知劳动能力鉴定申请人需要补正的全部材料。劳动能力鉴定的受理时限从劳动能力鉴定申请人补齐应提交申请材料之日起计算。

第九条 各县、区级劳动保障行政部门受理本行政区域内劳动能力鉴定申请后，应于受理之日起 15 日内提交市劳动能力鉴定委员会进行鉴定。

第十条 市劳动能力鉴定委员会建立医疗卫生专家库，



在收到劳动能力鉴定申请后，从医疗卫生专家库随机抽取相关专家组成专家组提出鉴定意见。必要时，可以委托具备资格的医疗机构协助进行有关的诊断。医疗卫生专家组鉴定后在《医疗专家组诊断报告书》上签署鉴定意见。

第十一条 市劳动能力鉴定委员会在劳动能力鉴定申请受理之日起 60 日内作出劳动能力鉴定结论，必要时，作出劳动能力鉴定结论的期限可延长 30 日。劳动能力鉴定结论应当及时送达申请鉴定的单位和个人。

第十二条 申请鉴定的单位或者个人对市级劳动能力鉴定委员会作出的鉴定结论不服的，可向市劳动能力鉴定委员会申请重新鉴定或在收到鉴定结论之日起 15 日内向省劳动能力鉴定委员会提出再次鉴定申请。

第十三条 本规定自印发之日起施行。



附件一

池州市劳动能力鉴定申请表

申请人填写	申请人		性别	身份证		照片
	工伤认定		用人单位			
	单位地址			邮政编		
	申请鉴定原因：（请选择相应项目打“√”） <input type="checkbox"/> 工伤致残鉴定 <input type="checkbox"/> 生活护理依赖鉴定 <input type="checkbox"/> 工伤直接导致疾病的确认 <input type="checkbox"/> 旧伤复发确认 <input type="checkbox"/> 延长停工留薪期确认 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具的确认 <input type="checkbox"/> 因病非因工伤残鉴定 伤病发生时间： 伤害部位或疾病名称：					
	鉴定涉及项目：（请选择相应科目打“√”） <input type="checkbox"/> 神经内科 <input type="checkbox"/> 内分泌风湿科 <input type="checkbox"/> 心血管科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 五官科 <input type="checkbox"/> 呼吸科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 消化科 <input type="checkbox"/> 血液肿瘤科 <input type="checkbox"/> 普外科 <input type="checkbox"/> 胸外科 <input type="checkbox"/> 精神					
	注：申请人如有智能、精神障碍，须监护人签名盖章					
用人单位意见：						
盖章						
备						

附件二



×××劳动鉴定委员会 劳动能力鉴定申请告知书

(申请人):

你(单位)于 年 月 日申报的劳动能力鉴定申请已收悉,经审查缺少以下材料,

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

请收到本告知书后尽快补齐有关材料。

××劳动能力鉴定委员会

年 月 日



附件三

×××劳动鉴定委员会 劳动能力鉴定受理通知书

(申请人):

你(单位)于 年 月 日申报的劳动能力鉴定申请已收悉。经审查决定受理。

特此通知。

××劳动能力鉴定委员会

年 月 日



附件四

医疗专家组诊断报告书

单位			姓名			性别	
年龄		职务 (工种)			伤病发生时间		
医疗疑义结 时间及结论	专家签名:						
本次临床诊 断结论							
专家组讨论 意见							
专家组组长 意见	签名:						
市劳动鉴定 委员会办公 室意见							