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 | 不符合完全丧失劳动能力 | | | |
|  | 其中： 改变结论 | 小计 | 其中：大部分丧失劳动能力 | 其中：部分丧失劳动能力 | 其中：不符合丧失劳动能力 |
| 甲 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 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。