附件2

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 |  |
| 入伍时间或者参加工作时间 |  | 退伍（退职）时间 |  |
| 残疾时单位 |  | 现残疾等级 |  |
| 户 籍 地 |  |
| 致残时间、地点、原因、部位 |  |
| 残情检查情 况 | 残疾情况： （医院印章） 年 月 日 |
| 医疗卫生专家小组意见（3人以上小组成员签字） | 根据《军人残疾等级评定标准》第 条第 款和第 条第 款，建议（新办评定、补办评定、调整）为 级。签字：  年 月 日 |
| 县级退役军人事务局意见 | 残疾性质：申报等级：（盖章）负责人签字： 年 月 日 |
| 地级退役军人事务局意见 | 残疾性质：申报等级：（盖章）负责人签字： 年 月 日 |
| 省级退役军人事务厅/局意见 | 残疾性质：审批等级：（盖章）负责人签字： 年 月 日 |
| 证书类别 |  | 证书编号 |  |

注：

1.“入伍时间”、“退伍（退职）时间”，仅用于评定残疾军人时填写。

2.“现残疾等级”，仅用于调整残疾等级时填写（大写数字）。

3.“致残时单位”，评定残疾军人，填部队代号；评定伤残人民警察、残疾消防救援人员，填致残时单位；评定其他伤残人员，有单位就填，没有就不填。

4.如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。