附件2

残疾等级评定审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 入伍时间或者参加工作时间 |  | 退伍时间 |  |
| 致残时单位 |  | 现伤残等级 |  |
| 户 籍 地 |  |
| 致残时间、地点、原因、部位 |  |
| 医疗卫生专家小组意见 | 1.残疾情况：2.根据《军人残疾等级评定标准》第 条第 款和第 条第 款，建议评为 级。（医疗卫生机构章） 年 月 日 |
| 专家小组成员签 字（3人以上） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级退役军人事务部门意见 | 伤残性质：申报等级：（退役军人事务局章） 负责人签字： 年 月 日   |
| 市（州）退役军人事务部门意见 | 伤残性质：申报等级：（退役军人事务局章） 负责人签字： 年 月 日   |
| 省退役军人事务部门意见 | 伤残性质：审批等级： （退役军人事务厅章） 负责人签字： 年 月 日   |
| 证书类别 |  | 证书编号 |  |

填表说明：

1.“入伍时间”、“退伍时间”，仅用于评定残疾军人时填写。

2.“现伤残等级”，仅用于调整伤残等级时填写（大写数字）。

3.“致残时单位”，评定残疾军人，填部队代号或番号；评定伤残人民警察或伤残国家机关工作人员，填负伤时单位；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。