附表7

**伤残待遇核定表**

年 月

单位名称（章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居民身份号码 | 　 | 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 |
| 工伤时间 | 　 | 劳动能力 鉴定时间 | 　 | 伤残等级 | 　 |
| 护理等级 | 　 | 上年度职工 月平均工资 | 　 | 当地最低 工资标准 | 　 |
| 伤残津贴 计发比例 | 　 | 生活护理费 计发比例 | 　 |
| 一次性伤残补助金计发月数 | 　 | 一次性医疗补助金计发月数 | 　 |
| 本人工资 | 　 | 解除（终止）劳动关系时间 | 　 |
| 退休时间 | 　 | 基本养老金 | 　 |
| **伤 残 待 遇** |
| 伤残津贴 | 生活护理费 | 一次性伤残补助金 | 一次性医疗补助金 | 基本养老金差额 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 经办机构核定意见 | 初审人： 复审人：部门负责人： 经办机构（章）　　　 |

注：此表一式两份，经办机构、参保单位各一份，职工基本信息由单位填写，其余项目由经办机构填写。