

# 四川省工伤保险待遇申请表

单位名称：（公章）

姓名		身份证号码				
工伤事故发生时间			工伤认定决定书编号			
劳动能力鉴定时间		伤残等级		生活自理障碍程度等级鉴定时间		生活自理障碍程度
申请待遇项目（勾选）						
一次性伤残补助金 <input type="checkbox"/>			一次性工亡补助金 <input type="checkbox"/>			
一次性医疗补助金 <input type="checkbox"/>			丧葬补助金 <input type="checkbox"/>			
伤残津贴 <input type="checkbox"/>			劳动能力鉴定费 <input type="checkbox"/>			
生活护理费 <input type="checkbox"/>						
伤残津贴及生活护理费待遇发放方式（选择个人发放请填写详细账户信息）	单位 <input type="checkbox"/>					
	个人 <input type="checkbox"/>	开户名称				
		银行账号				
		开户银行				

现申请将以上工伤待遇拨付到单位账户，并承诺将领取的工伤保险待遇全额支付给员工本人。由此引起的纠纷，由本单位承担相应的法律责任。

申请人：

联系电话：

填表日期：