附件1

2016年调整工伤人员伤残津贴核对表

核对单位（盖章）： 工伤保险经办机构（盖章）： 制表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **身份证号码** | **性别** | **出生年月** | **参加工作****时间** | **受伤时间** | **调整前月****伤残津贴（元/月）** | **按湘人社发〔2016〕79 号文件增加金额（元/月）** | **审核调整****后月伤残****津贴****（元/月）** | **家庭住址** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

工伤保险经办机构负责人签名： 工伤保险经办机构经办人签名：

人力资源和社会保障行政部门负责人签名： 人力资源和社会保障行政部门经办人签名：

财政部门负责人签名： 财政部门经办人签名：