

# **威海市退役军人事务局 关于做好残疾退役军人旧伤复发认定有关工作 的通知**

各区市退役军人事务局，国家级开发区社会工作部，南海新区公共服务局：

为做好我市残疾退役军人旧伤复发医学认定工作，保障残疾退役军人合法权益，按照退役军人事务部等6部门《残疾退役军人医疗保障办法》有关要求，结合我市实际，现就做好残疾退役军人旧伤复发认定有关事宜通知如下：

## **一、人员范围**

具有威海市户籍且在威海行政区域内领取定期抚恤金，原伤残部位伤情复发需进行旧伤复发认定的因战、因公致残残疾退役军人。

## **二、认定工作流程**

（一）个人申请。申请人向户籍所在地区市（含国家级开发区、南海新区，下同）退役军人事务部门提出书面申请，提交相关材料。

（二）区市受理。材料齐全且符合条件的，区市退役军人事务部门填写《威海市残疾退役军人旧伤复发认定表》，并签署审核意见，在 7 日内连同相关材料报市退役军人事务局。

（三）市级认定。市退役军人事务局对区市退役军人事务部门上报材料进行审核。符合条件的，填写《威海市残疾退役军人旧伤复发鉴定表》，组织医疗卫生专家小组在 60 日内进行鉴定，并出具旧伤复发医学鉴定意见。确认为旧伤复发的，经局长办公会研究通过后，在《威海市残疾退役军人旧伤复发认定表》上加盖“威海市残疾退役军人旧伤复发认定专用章”。

（四）结果告知。经鉴定符合条件的，市退役军人事务局向申请人出具《威海市残疾退役军人旧伤复发认定表》；经鉴定不符合条件的，出具《残疾退役军人旧伤复发鉴定结果告知书》。

（五）二次鉴定。对第一次鉴定结果有异议的，申请人可在收到鉴定结果告知书之日起 15 日内向户籍所在地区市退役军人事务部门提出二次鉴定申请，由市退役军人事务局另行组织专家进行鉴定，二次鉴定意见为最终意见。

### 三、需提供材料

残疾军人申请旧伤复发认定，个人需如实提供以下材料：1. 个人书面申请；2. 户口簿、身份证原件及复印件；3. 《残疾军人证》原件及复印件；4. 加盖诊断医院医务专用章的近一年治疗旧伤复发的相关病历和明确的诊断证明。

区市退役军人事务部门应提供：1. 申请人的《军人残疾等级评定审批表》（包括残情表述部分）复印件（在地方补办评残的残疾退役军人提供《残疾等级评定审批表》和《残疾等级鉴定意见书》）；2. 《残疾退役军人旧伤复发确认表（一式三份）》。

#### 四、有关要求

（一）一次告知。各区市退役军人事务部门应一次性告知申请人需要提供的相关材料。在收到旧伤复发认定申请材料后，应对材料进行认真审核把关，材料不全的要及时告知申请人补充，做到让申请人“只跑一次”。

（二）全程陪同。市退役军人事务局确定鉴定时间和地点后，由区市退役军人事务部门及时通知申请人，并安排专人全程陪同参加鉴定。

（三）落实政策。残疾退役军人旧伤复发的医疗费用和鉴定费用按《威海市人民政府关于印发〈威海市抚恤定补优抚对象医疗保障办法〉的通知》（威政发〔2008〕49号）有关规定执行。

本通知自2022年11月1日施行，有效期至2027年10月31日。

- 附件：1. 《威海市残疾退役军人旧伤复发认定表》  
2. 《威海市残疾退役军人旧伤复发鉴定表》  
3. 《残疾退役军人旧伤复发鉴定结果告知书》

《残疾退役军人旧伤复发二次鉴定结果告知书》

威海市退役军人事务局

2022 年 10 月 28 日

(此件公开发布)

附件 1

威海市残疾退役军人旧伤复发认定表

|              |                                               |       |  |
|--------------|-----------------------------------------------|-------|--|
| 姓名           |                                               | 身份证号  |  |
| 出生年月         |                                               | 受伤时间  |  |
| 伤残等级         |                                               | 残疾证编号 |  |
| 受伤部位<br>及原因  |                                               |       |  |
| 区市退役军人事务部门意见 | (同意 XXX 进行旧伤复发鉴定)<br><br>签字 (盖章)<br><br>年 月 日 |       |  |
| 专家鉴定<br>结论   | 见《威海市残疾退役军人旧伤复发鉴定表》                           |       |  |
| 市退役军人事务局意见   | (确认 XXX 通过旧伤复发鉴定)<br><br>签字 (盖章)<br><br>年 月 日 |       |  |

此表一式三份，市、区市退役军人事务部门各留存一份，鉴定通过的发给申请人一份。

附件 2

## 威海市残疾退役军人旧伤复发鉴定表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |    |  |      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|------|--|
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 性别 |  | 受伤日期 |  |
| 申请鉴定项目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |  |      |  |
| 受伤部位简介：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |    |  |      |  |
| 查体记录及诊断意见： <input type="checkbox"/> 切开内固定手术 <input type="checkbox"/> 清创手术 <input type="checkbox"/> 非手术 <input type="checkbox"/> 开颅手术 <input type="checkbox"/> 韧带修补术                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |  |      |  |
| <p>（此页不够可在背面书写）</p> <p>（生活自理程度）</p> <p> <input type="checkbox"/> DR 检查    <input type="checkbox"/> CT 检查    <input type="checkbox"/> 心理 CT    (a) <input type="checkbox"/> 进食    (b) <input type="checkbox"/> 翻身<br/> <input type="checkbox"/> 磁共振    <input type="checkbox"/> 彩超    <input type="checkbox"/> 心电图    (c) <input type="checkbox"/> 大、小便    (d) <input type="checkbox"/> 穿衣、洗漱<br/> <input type="checkbox"/> 脑电图    <input type="checkbox"/> 肌电图    <input type="checkbox"/> 血液    (e) <input type="checkbox"/> 自主行动<br/> <input type="checkbox"/> 小便    <input type="checkbox"/> 大便    <input type="checkbox"/> 眼底检查 </p> |  |    |  |      |  |
| <p>根据相关标准 残疾退役军人旧伤复发鉴定医疗卫生专家组意见：</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 是确认旧伤复发。</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 否确认旧伤复发。</p> <p>3、其他建议_____。</p> <p>鉴定专家签名：</p> <p>专家 1：_____； 专家 2：_____； 专家 3 _____；</p> <p>影像专家：_____</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |  |      |  |

附件 3

## 残疾退役军人旧伤复发鉴定结果告知书

XXX 同志：

依据相关政策规定，经医疗卫生专家小组诊查，确认您未通过旧伤复发鉴定。如您对本结果有异议，可在收到本告知书之日起 15 日内向户籍所在地区市退役军人事务部门提出二次鉴定申请，二次鉴定意见为最终结果。

特此告知。

威海市退役军人事务局

XXX 年 XXX 月 XXX 日

## 残疾退役军人旧伤复发二次鉴定结果告知书

XXX 同志：

依据相关政策规定，经医疗卫生专家小组诊查，确认您未通过旧伤复发二次鉴定，二次鉴定意见为最终结果。

特此告知。

威海市退役军人事务局

XXX 年 XXX 月 XXX 日

