

申请书

申请人：×××，男/女，××××年××月××日出生，×族，……(写明工作单位和职务或者职业)，住……。联系方式：……。

法定代理人/指定代理人：×××，……。

委托诉讼代理人：×××，……。

(以上写明申请人和其他诉讼参加人的姓名或者名称等基本信息)

请求事项：

申请将你院(××××)……号……(写明当事人和案由)一案的诉讼请求……(写明原诉讼请求具体内容)，变更为……(写明变更的诉讼请求具体内容)。

事实和理由：

……(写明变更诉讼请求的事实和理由)。

此致

××××人民法院

申请人(签名或者盖章)

××××年××月××日

【说明】

1. 本样式根据《中华人民共和国民事诉讼法》第五十一条制定，供当事人向人民法院申请变更诉讼请求用。

2. 申请人是法人或者其他组织的，写明名称住所。另起一行写明法定代表人、主要负责人及其姓名、职务、联系方式。

3. 原告、反诉原告、有独立请求权的第三人可以变更诉讼请求。

【范文】

申请书

申请人：苗某军，男，汉族，1974年7月13日出生，现住邯郸市丛台区联防路锦江花园××××，身份证号：13043419740713××××，联系方式：133××××8819。

被申请人：邯郸市××运输有限公司武安分公司，住所地：河北省邯郸市武安市南环路630号，统一社会信用代码：91130481089417××××。

法定代表人：张某英，系该公司负责人。

被申请人：马某勇，男，汉族，1979年6月22日出生，住邯郸市大名县杨桥镇马村。

请求事项：

申请将你院(××××)……号……提供劳务者受害责任纠纷一案的诉讼请求第一项变更为：依法判令被告向原告支付医疗费1057元、伤残赔偿金79192.8元、误工费37659.95元、营养费4500元、护理费16416.58元、二次手术费15000元、住院伙食费6000元、交通费500元、被扶养人生活费16595.25元、精神损害抚慰金10000元、伤残鉴定费3300元，共计190221.58元。

事实和理由：

申请人苗某军与被申请人邯郸市××运输有限公司武安分公司、马某勇提供劳务者受害责任纠纷一案，起诉时申请人伤残等级未作鉴定，伤残赔偿、误工费、护理费等难以确定。现贵院已委托邯郸市律正司法医学鉴定中心对申请人的伤残等级、误工期限、营养期限、护

理期限、护理人数、二次手术费进行了司法鉴定并出具了HSLZ2019SCJ
××××号司法鉴定意见书，确定了申请人苗某军的伤残等级评定为
十级两处，误工期限为一百八十日，营养期限为九十日，护理期限为
九十日，护理人数为一人（住院期间为2人），二次手术费约需人民
币壹万伍仟元（15000元）。根据《最高人民法院关于审理人身损害
赔偿案件适用法律若干问题的解释》，并结合司法鉴定意见书，现申
请人各项赔偿数额可以确定，故特向贵院申请变更诉讼请求，望贵院
准许。

此致

武安市人民法院

申请人：苗某军

××××年××月××日