

国家赔偿申请书

（怠于履行监管职责致伤致死赔偿）

说明：

为了方便您更好地参加诉讼，保护您的合法权利，请填写本表。

1. 申请时需向人民法院提交证明您身份的材料，如身份证复印件、营业执照复印件等。

2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。

3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填；对于本表中勾选项可以在对应项打“√”；您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。

4. 本表 word 电子版填写时，相关栏目可复制粘贴或扩容，但不得改变要素内容、格式设置。例如，多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况，可根据实际情况复制粘贴；需填写文字较多时，可根据实际对栏目进行扩容等。

★特别提示★

诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。

如果诉讼参加人违反有关规定，人民法院将视违法情形依法追究法律责任。

当事人信息

赔偿请求人 (自然人)	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期： 年 月 日 民族： 工作单位： 职务： 联系电话： 住所地（户籍所在地）： 经常居住地： 证件类型： 证件号码：
委托代理人	有 <input type="checkbox"/> 类型：律师 <input type="checkbox"/> 亲友 <input type="checkbox"/> 工作人员 <input type="checkbox"/> 基层组织推荐人员 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____ 姓名： 单位： 职务： 联系电话： 代理权限：一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/>
赔偿义务机关	名称： 住所地： 法定代表人/负责人： 职务：
复议机关	名称： 住所地： 法定代表人/负责人： 职务：

赔偿请求

(可完整表述赔偿请求; 为方便、准确梳理要点, 相关内容请在下方要素式表格中填写)

1. 侵犯生命健康权赔偿金	是否主张以下赔偿: 是 <input type="checkbox"/> 1. 医疗费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 2. 护理费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 3. 误工费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 4. 残疾生活辅助具费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 5. 康复费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 6. 残疾赔偿金 <input type="checkbox"/> (金额 元) 7. 死亡赔偿金 <input type="checkbox"/> (金额 元) 8. 丧葬费 <input type="checkbox"/> (金额 元) 否 <input type="checkbox"/>
2. 精神损害赔偿	是否主张以下赔偿: 是 <input type="checkbox"/> 消除影响 <input type="checkbox"/> 恢复名誉 <input type="checkbox"/> 赔礼道歉 <input type="checkbox"/> 精神损害抚慰金 <input type="checkbox"/> (请求金额: 元) 否 <input type="checkbox"/>
3. 其他赔偿请求	(逐项列明)
<h2>事实与理由</h2>	
(可完整表述纠纷涉及的事实与理由; 为方便、准确梳理要点, 相关内容请在下方要素式表格中填写)	
1. 赔偿义务机关是否就赔偿申请作出自赔决定	是 <input type="checkbox"/> 决定书文号: 决定书作出时间: 决定书结果: 否 <input type="checkbox"/>

2. 复议机关是否作出复议决定	<input type="checkbox"/> 是 复议决定文号： 复议决定作出时间： 复议决定结果 <input type="checkbox"/> 否
3. 申请赔偿的法律依据和理由	
4. 有无伤情 / 死亡鉴定	<input type="checkbox"/> 有 关于义务机关监管行为和伤亡结果之间的关系，鉴定结果是否对此作出结论：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 无
5. 其他需要说明的内容（可另附页）	
6. 有无同类案件裁判文书或指导性案例（可另附页）	<input type="checkbox"/> 是 案号 / 案例名称： <input type="checkbox"/> 否
7. 证据清单（可另附页）	

赔偿请求人（签字、盖章）：
日期：

国家赔偿答辩状

（怠于履行监管职责致伤致死赔偿）

说明： 为了方便你单位更好地参加诉讼，保护你单位的合法权利，请填写本表。 1. 答辩时需向人民法院提交组织资格证明（如有），以及法定代表人身份证明或负责人身份证明。 2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。 3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填；对于本表中勾选项可以在对应项打“√”；您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。 4. 本表 word 电子版填写时，相关栏目可复制粘贴或扩容，但不得改变要素内容、格式设置。例如，多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况，可根据实际情况复制粘贴；需填写文字较多时，可根据实际对栏目进行扩容等。 ★特别提示★ 诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。 如果诉讼参加人违反有关规定，人民法院将视违法情形依法追究。	
案号	案由
当事人信息	
答辩人	名称： 住所地： 法定代表人 / 负责人： 职务：
委托代理人	有 <input type="checkbox"/> 姓名： 单位： 职务： 联系电话： 代理权限：一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/>
答辩事项	
（对赔偿请求人请求的确认或异议）	
（可完整表述答辩事项；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写）	
1. 对赔偿请求人陈述的基本事实有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 异议内容：
2. 对侵犯生命健康权赔偿金有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 异议内容：

3. 对精神损害赔偿有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 异议内容:
4. 对其他赔偿请求有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 异议内容:
5. 其他需要说明的内容 (可另附页)	
6. 有无参考裁判文书或指导性案例 (可另附页)	是 <input type="checkbox"/> 案号 / 案例名称: 否 <input type="checkbox"/>
7. 证据清单 (可另附页)	

答辩人 (签字、盖章):

日期:

<p>委托代理人</p>	<p>有 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>类型：律师 <input type="checkbox"/> 亲友 <input checked="" type="checkbox"/> 工作人员 <input type="checkbox"/> 基层组织推荐人员 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>_____</p> <p>姓名：苗 ×</p> <p>单位：无 职务：无 联系电话：××××××××××××</p> <p>代理权限：一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input checked="" type="checkbox"/>_____</p> <p>无 <input type="checkbox"/></p>
<p>赔偿义务机关</p>	<p>名称：黑龙江省 A 机关</p> <p>住所地：黑龙江省牡丹江市 D 区 H 街 × 号</p> <p>法定代表人/负责人：马 × 职务：监狱长</p>
<p>复议机关</p>	<p>名称：黑龙江省 B 机关</p> <p>住所地：黑龙江省牡丹江市 D 区 S 街 × 号</p> <p>法定代表人/负责人：张 × 职务：局长</p>
<p>赔偿请求</p>	
<p>(可完整表述赔偿请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写)</p>	
<p>1. 侵犯生命健康权赔偿金</p>	<p>是否主张以下赔偿：</p> <p>是 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>1. 医疗费 <input checked="" type="checkbox"/> (金额 3××× 元)</p> <p>2. 护理费 <input type="checkbox"/> (金额 元)</p> <p>3. 误工费 <input type="checkbox"/> (金额 元)</p> <p>4. 残疾生活辅助具费 <input type="checkbox"/> (金额 元)</p> <p>5. 康复费 <input type="checkbox"/> (金额 元)</p> <p>6. 残疾赔偿金 <input type="checkbox"/> (金额 元)</p> <p>7. 死亡赔偿金 <input checked="" type="checkbox"/> (金额 1××××× 元)</p> <p>8. 丧葬费 <input checked="" type="checkbox"/> (金额 1××××× 元)</p> <p>否 <input type="checkbox"/></p>
<p>2. 精神损害赔偿</p>	<p>是否主张以下赔偿：</p> <p>是 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>消除影响 <input type="checkbox"/></p> <p>恢复名誉 <input type="checkbox"/></p> <p>赔礼道歉 <input type="checkbox"/></p> <p>精神损害抚慰金 <input checked="" type="checkbox"/> (请求金额：100000 元)</p> <p>否 <input type="checkbox"/></p>

3. 其他赔偿请求	1. 撤销 A 机关赔偿决定和 B 机关复议决定。 2. 赔偿死者生前赡养人生活费 22×××× 元，生前抚养人生活费 42×××× 元。
事实与理由	
2003 年 × 月 × 日 14 时 30 分许，A 机关二十四监区在 M 市毛纺厂修布车间出外役，担任小组长的服刑人员赵某认为苗某偷懒，将其叫到过道处，训斥后用拳头击打其头部数分钟，直至将其打倒在地，苗某倒地后脑枕部摔在地上导致昏迷。此期间，负责监管犯人安全生产的监区长焦某未尽监管职责，未巡视和瞭望，直至苗某被打倒昏迷后才组织人员将苗某送医救治。2003 年 × 月 × 日，苗某救治无效死亡。	
1. 赔偿义务机关是否就赔偿申请作出自赔决定	是 <input checked="" type="checkbox"/> 决定书文号：黑 ××× 字（2009）2 号答复函 决定书作出时间：×× 年 ×× 月 ×× 日 决定书结果：受害方已经通过刑事附带民事判决受偿，本案不属于刑事赔偿范围，故不予赔偿。 否 <input type="checkbox"/>
2. 复议机关是否作出复议决定	是 <input checked="" type="checkbox"/> 复议决定文号：黑 ×× 复决（2009）3 号 复议决定作出时间：×× 年 ×× 月 ×× 日 复议决定结果：维持原决定。 否 <input type="checkbox"/>
3. 申请赔偿的法律依据和理由	苗某死亡与 A 机关怠于履职存在关联，根据《国家赔偿法》第六条第二款、第十七条第四项、第二十条、第二十一条第一款、第二十六条第二款、第三十五条，A 机关应承担相应责任
4. 有无伤情 / 死亡鉴定	有 <input type="checkbox"/> 关于义务机关监管行为和伤亡结果之间的关系，鉴定结果是否对此作出结论：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/>
5. 其他需要说明的内容（可另附页）	附页
6. 有无同类案件裁判文书或指导性案例（可另附页）	是 <input type="checkbox"/> 案号 / 案例名称： 否 <input checked="" type="checkbox"/>
7. 证据清单（可另附页）	附页

赔偿请求人（签字、盖章）： 苗 ×× 陈 ××
日期： ×× 年 ×× 月 ×× 日

实例

国家赔偿答辩状 (怠于履行监管职责致伤致死赔偿)

说明: <p>为了方便你单位更好地参加诉讼,保护你单位的合法权利,请填写本表。</p> <p>1. 答辩时需向人民法院提交组织资格证明(如有),以及法定代表人身份证明或负责人身份证明。</p> <p>2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需,请务必如实填写。</p> <p>3. 本表有些内容可能与您的案件无关,您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填;对于本表中勾选项可以在对应项打“√”;您认为另有重要内容需要列明的,可以另附页填写。</p> <p>4. 本表 word 电子版填写时,相关栏目可复制粘贴或扩容,但不得改变要素内容、格式设置。例如,多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况,可根据实际情况复制粘贴;需填写文字较多时,可根据实际对栏目进行扩容等。</p> <p>★特别提示★ 诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。 如果诉讼参加人违反有关规定,人民法院将视违法情形依法追究 responsibility。</p>			
案号	(2025)××委赔2号	案由	怠于履行监管职责致死赔偿
当事人信息			
答辩人	名称:黑龙江省A机关 住所地:黑龙江省牡丹江市D区H街×号 法定代表人/负责人:马× 职务:监狱长		
委托代理人	有 <input checked="" type="checkbox"/> 姓名:王×× 单位:黑龙江省A机关 职务:法规办科员 联系电话:×××××××××× 代理权限:一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input checked="" type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/>		
答辩事项 (对赔偿请求人请求的确认或异议)			
(可完整表述答辩事项;为方便、准确梳理要点,相关内容请在下方要素式表格中填写)			
1. 对赔偿请求人陈述的基本事实有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 异议内容:有。本机关实行了及时救治,履行了监管义务,详见附页。		

2. 对侵犯生命健康权赔偿金有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 异议内容：本案属于突发事件，案发后我机关进行了紧急施救。致苗某死亡的赵某已在刑事附带民事判决中被判负民事责任，申请人无权再次主张赔偿。本机关对本案不应承担赔偿责任。
3. 对精神损害赔偿有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 异议内容：同上
4. 对其他赔偿请求有无异议	无 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 异议内容：同上
5. 其他需要说明的内容（可另附页）	1. 赵某作为杂工符合法律规定；2. 本案属于突发事件，本机关进行了紧急施救，且致苗某死亡的赵某已被判负民事赔偿责任，申请人无权再次主张。本机关不应对本案承担责任。详见附页
6. 有无参考裁判文书或指导性案例（可另附页）	是 <input type="checkbox"/> 案号 / 案例名称： 否 <input type="checkbox"/>
7. 证据清单（可另附页）	附页

答辩人（签字、盖章）：黑龙江省 A 机关

日期：××年××月××日