

公務（通勤）災害認定請求取下申出書

令和〇 年 〇 月 〇 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町 1 - 1 - 1

氏 名 神奈川 太郎

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課

※ 上記請求者に係る事項は、自筆の署名によること

私が、令和〇 年 〇 月 〇 日付けで認定請求しました公務（通勤）災害（認定請求傷病名： **右足関節捻挫** ）については取下げいたします。