

公務（通勤）災害認定請求取下申出書

年 月 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 様

住 所

氏 名

所 属

※ 上記請求者に係る事項は、自筆の署名によること

私が、 年 月 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： ）については取下げいたします。