

# 公務災害等認定請求取下届

年 月 日

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様

所属団体 \_\_\_\_\_

所属部局 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私が 年 月 日付けで行った公務（通勤）災害の認定請求については、  
下記の理由により取り下げます。

（理由）


※支部記入欄

受理	年 月 日	決定	年 月 日
----	-------	----	-------