

令和8年〇月〇日

令和8年度神奈川県障がい者アスリート支援事業補助金推薦書

神奈川県知事 殿

競技団体 所在地 東京都港区〇〇町△-△-△
 名称 日本障害者△△△連盟
 代表者 理事長 〇〇 〇〇

（連絡先）担当者 △△ △△
 電話 03-****-xxxx
 FAX 03-xxxx-****
 メール ****@nihon.jp

令和8年度神奈川県障がい者アスリート支援事業
 所属の（ 神奈川 太郎 ）を申請してください。
 また、交付申請書の記載内容に記入してください。
 なお、（ 神奈川 太郎 ）の強化指定は次のとおりです。

申請者が強化指定を受けている期間を記載ください。

＜強化指定の状況＞ ☒強化指定（期間：令和元年～現在）
☐強化指定なし

＜ランキングの状況＞
 （種目： 走り幅跳び ）
 （クラス： T38 ）
 （世界ランク： 4 位/ 18人 ）
 （日本ランク： 1 位/ 9人 ）

※ランキング制がある場合に記載してください（令和8年2月1日時点）。
 ※複数種目記載していただくことも可能です。

※申請者ご自身で競技団体へ推薦を依頼してください。

《競技団体の皆様へ（お願い）》

申請者が提出する申請書類の記載内容について、確認をお願いします。特に、補助対象者の選考にあたっては、大会実績を参考にするため、実績に相違がないか確認いただくとともに、参考となる資料があれば、追加で添付していただけるようお願いいたします。また、区分2は、申請選手が、「強化指定を受けたことがない者」「平成19年4月2日以降に生まれた者もしくは当該競技歴3年以内の者」である必要がありますので、ご確認いただき推薦をお願いします。

なお、同一区分内に、複数の選手を推薦される場合は、依頼文記載のとおり別途「推薦順位調査票」の御提出をお願いします。