

令和6年〇月〇日

令和6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6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)を推薦する。申請者が強化指定を受けている期間を記載ください。  
また、交付申請書の記載内容にチェックを入れてください。  
なお、(神奈川 太郎)の強化指定は次のとおりです。

<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6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17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。