2025年 サントリー・チャレンジド・スポーツ・アスリート奨励金

【大阪府障がい者スポーツ協会 推薦枠】申請書 申請締切日2024年11月8日

申請先・問合先	大阪府障がい者スポーツ協会 【メール info@osad.jp】 【FAX 072-296-6312】 【郵送 〒590-0137 大阪府堺市南区城山台5-1-2（ファインプラザ大阪内）】

（ふりがな）		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年齢	歳2024年4月1日時点

連絡先	住所	〒 ー		
	電話	TEL(携帯) ー ー	FAX	ー ー
	メール	@		

現在所属の学校名・施設名等	

※申請者が未成年者の場合、保護者氏名・連絡先等ご記入ください。

（ふりがな）		申請者との続柄		申込確認済 ☐
氏 名				
連絡先	電話	TEL(携帯) ー ー ※選択		

◇該当する手帳の情報をご記入ください。※手帳のコピーをご提出していただく場合があります。

身体	身体障がい者手帳	都道府県市 第 号	障がい等級	第 種 級
		※身体障がい者手帳の記載内容について、全文を記入してください。		
知的	療育手帳	都道府県市 第 号	障がい程度	A・B1・B2・手帳なし(要証明)
精神	保健福祉手帳	都道府県市 第 号	障がい等級	級
	自立支援医療受給者証	受給者番号		

競技種目	競技クラス(障がい区分)	競技年数	IPC登録(個人競技) ※選択
		年	登録 ・ 未登録

これまでの成績(競技名/順位/記録)など

所属競技団体 （所属している場合のみ記入）

申請理由
将来の目標について。目指す選手像、目標とする大会などを含めてご記入ください。

◆申請書に記入された個人情報は申請者への通知等の事務処理及び主催者に推薦ための事務処理に使用する。

上記◆に関して、同意いただき 右欄☑お願いします。※選択 ☐

記入日 2024 年 月 日

※メールで申請し、1週間以内に返信が無い場合TEL【072-296-6311】までご連絡お願いします。