|  |  |
| --- | --- |
| ＜宛先＞　（一社）仙台市障害者スポーツ協会 行　　　 FAX：022-236-8691　　　 e-mail：info@sendai-dsa.jp※FAXの場合添書は不要です | ＜発信日＞令和6年　　月　　日＜団体名＞　　　　　　　　　　　　　　　＜発信者＞　　　　　　　　　　　　　　　 |

**障害者スポーツ活動助成事業　意向調査票**

**【申請予定内容】**

|  |  |
| --- | --- |
| 区分（〇で囲んで下さい） | 大会出場　　・　　　大会開催 |
| 大 会 名 |  |
| 開催期間 | 令和　　年　　月　　日（　　）から令和　　年　　月　　日（　　） |
| 開催場所 | 会場名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開催県（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 大会規模（〇で囲んで下さい） | 全国大会規模 ・ 東北大会規模 ・ 県大会規模 ・ 市大会規模 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出場予定人数 | ※大会出場の場合のみご記入ください＞・出場選手数（チーム数）　　　　　　名（チーム） |
| 助成金申請希望額 | 円　　　　　　　　　　　　（※同封の実施要綱に掲載の別表（第３条関連）で内容をご確認のうえ、申請希望額をご記入ください。なお、必ずしも希望どおりの金額が交付されるというものではございません。予めご了承ください。） |
| ご意見等 | ※改善した方が良い点などございましたら、自由にご記入ください。 |

※各項目の内容はわかる範囲でご記入ください。

※全国障害者スポーツ大会 北海道・東北ブロック予選等、仙台市より補助金を受けて出場又は開催している活動は非該当となります。また、実支出額を超える金額を助成することはできません。

※なるべく多くの加盟団体の皆様に活用いただくため、年間の申請回数を1団体様1回まででお願いしております。ご理解のほどよろしくお願いいたします。

**※3月8日（金）までにご回答のほどよろしくお願いいたします。**