

〇〇年 〇月〇〇日

柏市長 あて

団体に申請される場合は団体名、職についてもご記入ください。
(申請者は団体の代表者となります。)

申請者

郵便番号 277-8505
住所 柏市柏5-10-1
団体名
職・氏名 柏 太郎
申請者と選手との関係：本人・**保護者**・団体代表
(いずれかに〇印を)
連絡先 04-7167-1133

押印不要です。

次の大会に出場が決まりましたので、大会出場奨励金の交付を申請します。

1 大会名称	〇〇選手権大会		
2 大会期日	〇〇年 〇月△△日 ~ 〇〇年 〇月△△日		
3 対象者名 (団体名)	柏 花子(団体での申請の場合は団体名をご記載ください)		
4 振込み先	〇〇銀行		〇〇支店
	口座番号 (該当するものに〇)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座・貯蓄	No. 1234567
	フリガナ	カシワ タロウ	
	口座名義	柏 太郎	
5 添付書類	<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 予選大会(選考会などの選抜に係る大会を含む)の要項	
	<input checked="" type="checkbox"/>	(2) 予選大会の結果がわかるもの	
	<input checked="" type="checkbox"/>	※予選を経ない場合、競技団体からの派遣依頼、推薦書等を添付	
	<input checked="" type="checkbox"/>	(3) 全国大会等の要項	
	<input checked="" type="checkbox"/>	(4) 全国大会等の出場登録がわかるもの	
	<input checked="" type="checkbox"/>	(5) 市内在住・在学・在勤のいずれかがわかるもの 例) 運転免許証・マイナンバーカード・子ども医療費助成受給券・学生証・社員証等	

※柏市スポーツ課記入欄

市内在住・在学 ・在勤 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成受給券 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証	
奨励金交付 対象者数	この欄は記載不要です	名
奨励金額		円

年 月 日

柏市長 あて

押印不要です。

住 所 柏市柏5-10-1
報告者 団 体 名
職・氏名 柏 太郎
報告者と選手との関係：本人・保護者団体代表
(いずれかに○を)
連 絡 先 04-7167-1133

大会出場奨励金の交付を申請した大会結果について次のとおり報告します。

1 大会名称	〇〇〇選手権大会
2 大会期日	〇〇年 〇月△△日 ~ 〇〇年 〇月△△日
3 対象者名 (団体名)	柏 花子(団体での申請の場合は団体名をご記載ください)
4 大会成績	第〇位