

所属団体	※市町村・学校・施設名をご記入ください		
担当者	氏名	TEL	課
		FAX	
		E-mail	
選手氏名		性別	男・女
生年月日	西暦	年 月 日生	令和2年4月1日現在 歳
身体障害者手帳	等級	障がいの原因となっている傷病名等	
	第 種 級		
	障がい名(手帳記載のとおり、全文を記入してください。)		
障がい区分確認事項 <small>該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください</small>	ア	日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)が〔ある・なし〕 常用の補装具名〔 常用ではないが併用する補装具名〔	
	イ	切断・欠損・機能障がい〔部位	
	ウ	下肢障がい(切断除く)で、障がいのある片足、または両足で補装具なしで立つことが〔可能・不可能〕	
	エ	脊髄損傷	受傷部位〔頸髄・胸髄・腰髄以下〕 麻痺の程度〔完全・不完全〕 座位バランス〔あり・なし〕
		頸髄損傷の場合 肘関節進展と手関節掌屈が〔できる・できない〕 把持能力が〔あり・なし〕	
	オ	脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障害、切断など)の方で、 座位バランスが〔ある・ない〕	
	カ	脳原性麻痺	脳原性麻痺の車いす使用者で、車いすを駆動するときに、 ハンドリムを〔肘を伸ばして押す・肘を伸ばさずはじく〕
	キ	脳原性麻痺立位者で、走ることが〔可能・不可能〕	
	ク	【水泳】	脳原性麻痺片側障がい、ストロークは〔両上肢・片上肢〕で行う
	ケ	【ボッチャ】	ボールの投球時姿勢(立位・座位) *座位とは車いす及び椅子に座った競技スタイル
参加希望競技		希望種目	1 2
障がい区分番号		競技で使用する補装具の使用状況	
質問事項			

回答	令和2年 月 日