

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--|--|
| 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3年4月1日現在 歳 |
| 身体障害者手帳 | 等級 | 障害の原因となっている傷病名等 | |
| | 第 種 級 | | |
| | 障害名(手帳記載のとおり、全文を記入してください。) | | |
| 障害区分確認事項 該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください | 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 | 下肢障害(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 | |
| 参加希望競技 | | 希望種目 | 1 2 |
| 障害区分番号 | | 競技で使用する補装具の使用状況 | |
| 質問事項 | | | |

| | |
|----|----------|
| 回答 | 令和3年 月 日 |
| | |