

(市町村・交流センターに申込書を提出の場合 通っている施設・学校名)

事務局使用

事務局使用

①団体名	○△市 [○△市立中学校]		団体No		個人No	
②-1氏名	ふりがな	さいたま はやと	③性別	①.男 2.女	④西暦 2010年3月3日 R5.4.1現在 13歳	生年月日
	姓	埼玉 速人				
⑤現住所	〒 ○○○-△△△△ ○△市○○					生年月日と年齢があうかどうか確認を
⑥連絡先	TEL	048-△△△-○○○○	携帯電話	090-△△△△-○○○○	FAX	048-△△△-○○△△
	その他連絡先 (E-mail、所属先、保護者等) 090-○○○○○-△△△△ (保護者携帯)					
⑦障害名等 お持ちの 手帳にチェック、 内容を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 埼玉県 第 ○△△△ 号 第 1 種 2 級		視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○		裸眼視力 右 左	
	障害名 (手帳記載のとおり全文) 疾病 による四肢体幹機能障害 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎 脳性麻痺 など具体的に) 記入漏れに注意		矯正式視力 右 左		不可	
	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳	※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持				
⑧障害分類	①.肢体 2.視覚 3.聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4.内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5.知的 6.精神					
⑨重複障害	0.なし 1.肢体 2.視覚 3.聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4.内部() ⑤知的 6.精神					
⑩その他疾病	てんかん発作 手帳等への記載はないが、服薬を必要とする持病等を記入					
⑪代表希望 出歴	①埼玉県代表を希望 2.さいたま市代表を希望 3.希望しない (春季大会参加のみ)					
	①なし 1.1回 2.2回 3.3回 4.4回 5.5回以上 出場した開催地 (岩手・愛媛・福井・栃木)					

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~23の方は、該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。

障害区分 1~23	ア 日常生活で使用している補装具 (装具・車いす・杖など) が [<input checked="" type="checkbox"/> ある・なし] 常用 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす・電動車いす・他 [] 常用ではないが併用 車いす・電動車いす・他 [クラッチ]
障害区分 1~9	イ 切断・欠損・機能障害 [部位] ウ 下肢障害 (切断を除く) で、障害のある片足、または両足で補装具なしで立つことが [可能・不可能]
障害区分 10~15 23	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] 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が [できる・できない] ②把持能力が [あり・なし] オ 脊髄損傷、二分脊椎等車いす使用の方で座位バランス [あり・なし]
障害区分 16~22 23	脳原性麻痺 カ 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下が [<input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input checked="" type="checkbox"/> ない] 上肢の関節可動域に制限が [<input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input checked="" type="checkbox"/> ない] キ 車いす使用者で、車いすを駆動するときに、ハンドリムを [<input checked="" type="checkbox"/> 肘を伸ばして押す・肘を伸ばさずはじく] ク 立位者で、走ることが [可能・不可能]

別表1-1参照

⑬障害区分番号	19
---------	----

障害区分カードの発行 (肢体不自由)

あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
1 -	

⑭参加種目

第1希望種目

第2希望種目

コード番号	2	32
種目名	別表Iの参加可能種目から選択	
	100m	ソフトボール投
自己記録	37秒	記録なし
⑮競技中に使用する補装具等 ※1	番号	番号
	6	7
その他内容	その他内容	

● 走高跳で、希望する最初のバーの高さ (cm)

● 走幅跳の踏切板の距離 (1m・2m) 視覚障害は1mのみ

⑯競技特記事項 該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。

1 競技規則上、競技場内に同伴する介助者の入場が認められている者で、競技場内に同伴者を希望 【対象】障害区分番号10,16,17,23,24,25、場合によっては区分番号18,27 (重複障 理由 同伴する介助者を希望する場合は、理由の記入が必
2 障害区分24又は25の競走競技 (障がい区分24の50m音源走を除く) で、伴走者を同伴
3 障害区分24の50m走 (音源走) で、[競技役員・許可された者]による音源による誘導を希望する
4 障害区分24・25のフィールド競技 (立幅跳を除く) で、競技役員による声・音源による援助を希望
5 聴覚、音声・言語等に障害のある方で [手話通訳・要約筆記]を希望
6 特段の理由 (上記1に該当しない場合) により、競技場内に同伴する介助者を希望 ※彩の国ふれあいピック特別措置 【対象】代表を希望しない参加者 理由

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

服薬の自己管理ができるか心配です。声かけをお願いします。

※1	歩行杖等	1 杖	2 松葉杖(1本)	3 松葉杖(2本)	4 クラッチ(1本)	5 クラッチ(2本)
競技中に使用する補装具等番号	車いす等	6 レーサー使用	7 両手駆動	8 片手駆動	9 足駆動(前向)	10 足駆動(後向)
	義肢・装具等	11 片上下肢駆動	12 電動	13 投てき台		
		15 その他				

①団体名	[]			団体No		個人No	
②-1氏名	ふりがな			③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年 月 日 歳
	姓	名					
⑤現住所	〒						
⑥連絡先	TEL		携帯 電話		FAX		
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)						
⑦障害名等 お持ちの手帳にチェック、内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○			
	障害名 (手帳記載のとりの全文) 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎 など具体的に)			裸眼 視力	右	左	
<input type="checkbox"/> 療育手帳			※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方		矯正後 視力	右	左
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持		不可		
⑧障害分類	1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神						
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部() 5. 知的 6. 精神						
⑩その他疾病							
⑪代表希望 出場歴	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)						
	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 [岩手・愛媛・福井・栃木]						

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~23の方は、該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。

障害区分 1~23	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 車いす・電動車いす・他[] 常用ではないが併用 車いす・電動車いす・他[]
障害区分 1~9	イ 切断・欠損・機能障害[部位] ウ 下肢障害(切断を除く)で、障害のある片足、または両足で 補装具なしで立つことが[可能・不可能]
障害区分 10~15 23	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] 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が[できる・できない] ②把持能力が[あり・なし] オ 脊髄損傷、二分脊椎等車いす使用の方で座位バランス[あり・なし]
障害区分 16~22 23	カ 脳原性麻痺 カ 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下が[ある・ない] 上肢の関節可動域に制限が[ある・ない] キ 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] ク 立位者で、走ることが[可能・不可能]

別表1-1参照

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

障害区分カードの発行
(肢体不自由)

あり なし
1 -

⑭参加種目

第1希望種目

第2希望種目

コード番号		
種目名		
自己記録		
⑮競技中に 使用する 補装具等 ※1	番号	番号
	その他内容	その他内容

● 走高跳で、希望する最初のバーの高さ[] cm

● 走幅跳の踏切板の距離[1m・2m] 視覚障害は1mのみ

⑯競技特記事項 該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。

1 競技規則上、競技場内に同伴する介助者の入場が認められている者で、競技場内に同伴者を希望 【対象】障害区分番号10,16,17,23,24,25、場合によっては区分番号18,27 (重複障がい含む) 理由 _____
2 障害区分24又は25の競走競技(障がい区分24の50m音源走を除く)で、伴走者を同伴
3 障害区分24の50m走(音源走)で、(競技役員・許可された者)による音源による誘導を希望する
4 障害区分24・25のフィールド競技(立幅跳を除く)で、競技役員による声・音源による援助を希望
5 聴覚、音声・言語等に障害のある方で[手話通訳・要約筆記]を希望
6 特段の理由(上記1に該当しない場合)により、競技場内に同伴する介助者を希望 ※彩の国ふれあいピック特別措置【対象】代表を希望しない参加者 理由 _____

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--	--	--	--	--	--	--

※1	歩行杖等	1 杖	2 松葉杖(1本)	3 松葉杖(2本)	4 クラッチ(1本)	5 クラッチ(2本)
競技中に使用する	車いす等	6 レーサー使用	7 両手駆動	8 片手駆動	9 足駆動(前向)	10 足駆動(後向)
補装具等番号	義肢・装具等	11 片上下肢駆動	12 電動	13 投てき台		
		15 その他				

①団体名	[]			団体No		個人No	
②-1氏名	ふりがな			③性別	1. 男	④西暦 年 月 日	R5.4.1現在
	姓	名			2. 女		
⑤現住所	〒						
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX		
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)						
⑦障害名等 お持ちの手帳にチェック、内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとりの全文) _____ 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に) _____			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持						
⑧障害分類	1. 肢体	2. 視覚	3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能	4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害)	5. 知的	6. 精神	
⑨重複障害	0. なし	1. 肢体	2. 視覚	3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能	4. 内部()	5. 知的	6. 精神
⑩その他疾病							
⑪全国大会 代表希望 出場歴	1. 埼玉県代表を希望			2. さいたま市代表を希望		3. 希望しない (春季大会参加のみ)	
	0. なし	1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回以上	出場した開催地 [岩手・愛媛・福井・栃木]

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~22の方は、該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

障害区分 1~22	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 車いす・電動車いす・他 [] 常用ではないが併用 車いす・電動車いす・他 []
障害区分 1~12	イ 切断・欠損・機能障害 [部位] ウ 下肢障害 (切断を除く) で、障害のある片足、または両足で 補装具なしで立つことが [可能 ・ 不可能]
障害区分 13~16 22	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] 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が [できる ・ できない] ②把持能力が [あり ・ なし] オ 脊髄損傷、二分脊椎等車いす使用の方で座位バランス [あり ・ なし]
障害区分 17~21 22	カ 脳原性麻痺 キ 片側障害 ストロークは [両上肢 ・ 片上肢] で行う ク 立位者で、走ることが [可能 ・ 不可能]

別表1-2参照

⑬障害区分番号		障害区分カードの発行 (肢体不自由)	あり	なし
			2 -	

代表希望者は必ず2種目記入

⑭参加種目	第1種目	第2種目
コード番号		
種目名		
自己記録		
スタート	1 水中スタート 2 飛込 (台の横)	1 水中スタート 2 飛込 (台の横)

⑮競技中に使用する補装具等【設問なし】

⑯特記事項 該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

<p>1 競技規則上、入退水時の介助を認められている者で、入退水時に [競技役員(補助員含む) ・ 許可された者] による介助を希望 【対象】障害区分番号11,13,14,15,16,17,19,22</p> <p>2 競技規則上、スタート介助を認められている者で、スタート時に [競技役員(補助員含む) ・ 許可された者] による介助を希望 【対象】障害区分番号11,13,17,19,22</p> <p>3 障害区分23・24で、ターンやゴールの際に、[競技役員(補助員含む) ・ 許可された者] による合図棒等でのタッピングを希望</p> <p>4 障害区分26(重複障害含む)で、情緒不安定または種目の指示等により、プールサイドに同伴する介助者の入場を希望 理由 _____</p> <p>5 障害区分22は、使用する浮具の種類をご記入ください _____</p> <p>6 聴覚、音声・言語等に障害のある方で [手話通訳 ・ 要約筆記] を希望</p> <p>7 特段の理由 (上記1に該当しない場合) により、競技場内に同伴する介助者を希望 ※彩の国ふれあいピック特別措置【対象】代表を希望しない参加者 理由 _____</p>
--

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

〔市町村・交流センターに申込書を提出の場合 通っている施設・学校名〕

事務局使用

事務局使用

①団体名	〔 〕			団体No		個人No		
②-1氏名	ふりがな		③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年	月	日
	姓	名						
⑤現住所	〒							
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX			
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)							
⑦障害名等 お持ちの 手帳にチェック、 内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとおり全文) 障害の原因となっている傷病名 等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎 など具体的に) _____ <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可				
	⑧障害分類 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神							
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(_____) 5. 知的 6. 精神							
⑩その他疾病								
⑪全国大会	代表希望	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)						
	出場歴	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 〔 岩手・愛媛・福井・栃木 〕						

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~6の方は、該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

障害区分 1~6	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 車いす・電動車いす・他〔 _____ 〕 常用ではないが併用 車いす・電動車いす・他〔 _____ 〕
障害区分 1~5	イ 切断・欠損・機能障害〔 部位 _____ 〕
障害区分 1~4	ウ 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 〕 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が〔 できる ・ できない 〕 ②把持能力が〔 あり ・ なし 〕 エ 脊髄損傷、二分脊椎等車いす使用の方で座位バランス〔 あり ・ なし 〕

別表 I -3参照

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

1種目選択

⑭ 参加種目	1 リカーブ50m・30mラウンド
	2 リカーブ30mダブルラウンド
	3 コンパウンド50m・30mラウンド
	4 コンパウンド30mダブルラウンド

⑮競技中に使用する補装具等【設問なし】

⑯特記事項 該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

1 障害区分1で介助者の入場が必要 介助内容 _____
2 障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴する介助者を希望 理由 _____
3 障害区分1のリカーブボウ使用者で手に補助具 (リリースエイド等の発射装置) 使用を希望
4 競技中、車いすを使用
5 競技中、いすを使用
6 聴覚、音声・言語等に障害のある方で〔 手話通訳 ・ 要約筆記 〕を希望

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

〔市町村・交流センターに申込書を提出の場合 通っている施設・学校名〕

事務局使用

事務局使用

①団体名	〔 〕			団体No		個人No		
②-1氏名	ふりがな		③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年	月	日
	姓	名						
⑤現住所	〒							
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX			
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)							
⑦障害名等 お持ちの 手帳にチェック、 内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとおり全文) 障害の原因となっている傷病名 等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎 など具体的に) _____ <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可				
	⑧障害分類 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神							
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(_____) 5. 知的 6. 精神							
⑩その他疾病								
⑪全国大会	代表希望	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)						
	出場歴	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 〔 岩手・愛媛・福井・栃木 〕						

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~14の方は、該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

障害区分 1~14	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 車いす・電動車いす・他 [_____] 常用ではないが併用 車いす・電動車いす・他 [_____]
障害区分 1~6	イ 切断・欠損・機能障害 [部位 _____] ウ 下肢障害 (切断を除く) で、障害のある片足、または両足で 補装具なしで立つことが [可能 ・ 不可能]
障害区分 7~9	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] 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が [できる ・ できない] ②把持能力が [あり ・ なし] オ 脊髄損傷、二分脊椎等車いす使用の方で座位バランス [あり ・ なし]
障害区分 10~14	脳原性麻痺 カ 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下が [ある ・ ない] 上肢の関節可動域に制限が [ある ・ ない] ク 立位者で、走ることが [可能 ・ 不可能]

別表 I-4参照

障害区分カードの発行 (肢体不自由)

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

あり なし
4 -

1種目選択

⑭ 参加種目	1 一般卓球
	2 サウンドテーブルテニス(STT)
⑮競技中に使用する補装具等 ※1	番号 _____ その他内容 _____

⑯特記事項 該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

1 競技中は車いすを使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動に車いすを使用 2 視覚に障害のある方で点字プログラムを希望 3 補助犬を同伴 4 聴覚、音声・言語等に障害のある方で [手話通訳 ・ 要約筆記] を希望

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

※1競技中に使用する補装具等番号

- | | | | | | |
|--------|--------|-----------|-----------|------------|------------|
| 歩行杖等 | 1 杖 | 2 松葉杖(1本) | 3 松葉杖(2本) | 4 クラッチ(1本) | 5 クラッチ(2本) |
| 車いす等 | 6 両手駆動 | 7 片手駆動 | | | |
| 義肢・装具等 | 8 その他 | | | | |

〔市町村・交流センターに申込書を提出の場合 通っている施設・学校名〕

事務局使用

事務局使用

①団体名	〔 〕			団体No		個人No		
②-1氏名	ふりがな		③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年	月	日
	姓	名						
⑤現住所	〒							
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX			
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)							
⑦障害名等 お持ちの手帳にチェック、内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとりの全文) _____ 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に) _____			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持							
⑧障害分類	1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神							
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(_____) 5. 知的 6. 精神							
⑩その他疾病								
⑪全国大会	代表希望	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)						
	出場歴	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 〔 岩手・愛媛・福井・栃木 〕						

別表 I-5参照

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

⑫障害区分確認事項【設問なし】

⑮競技中に使用する補装具等【設問なし】

代表希望者は、必ずアキュラシー・ディスタンスの両方に参加

アキュラシー

ディスタンス

⑭ 参加種目	1 ディスリート・ファイブ (5m)	11 レディース・シティング (座位女子)
	2 ディスリート・セブン (7m)	12 メンズ・シティング (座位男子)
		13 レディース・スタンディング (立位女子)
		14 メンズ・スタンディング (立位男子)
自己記録	投	m cm

⑯特記事項 該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

1 競技場内に同伴する介助者を希望 理由 _____ 2 競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用 3 競技中に車いすを使用 4 競技中に歩行補助杖を使用 5 競技中、投げる時にいすを使用 6 視覚障害を有しているため、音源を必要とする 7 左腕で投げる 8 聴覚、音声・言語等に障害のある方で〔 手話通訳 ・ 要約筆記 〕を希望
--

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

〔市町村・交流センターに申込書を提出の場合 通っている施設・学校名〕

事務局使用

事務局使用

①団体名	〔 〕			団体No		個人No		
②-1氏名	ふりがな		③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年	月	日
	姓	名						
⑤現住所	〒							
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX			
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)							
⑦障害名等 お持ちの手帳にチェック、内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとおり全文) _____ 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に) _____			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持							
⑧障害分類	1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神							
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(_____) 5. 知的 6. 精神							
⑩その他疾病								
⑪全国大会	代表希望	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)						
	出場歴	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 〔 岩手・愛媛・福井・栃木 〕						

別表 I -6参照

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

⑫障害区分確認事項【設問なし】
⑭競技中に使用する補装具等【設問なし】

⑭参加種目	1 ボウリング		
アベレージ	投		
シューズ について	1 持参する (マイシューズ)		
	2 貸し靴利用	サイズ	cm

⑯特記事項 該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

1 競技中に車いすを使用 2 競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用 3 投球の際、投球補助具 (スロープ) の使用を希望 4 日常生活で介助が必要 5 聴覚、音声・言語等に障害のある方で〔 手話通訳 ・ 要約筆記 〕を希望 6 付添い者 (1名まで) の会場内への入場を希望 ※新型コロナウイルス感染症対策

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

①団体名	〔 〕			団体No		個人No	
②-1氏名	ふりがな			③性別	1. 男 2. 女	④西暦 R5.4.1現在	年 月 日 歳
	姓	名					
⑤現住所	〒						
⑥連絡先	TEL		携帯電話		FAX		
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等)						
⑦障害名等 お持ちの手帳にチェック、内容を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 _____ 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級 障害名 (手帳記載のとおり全文) _____ 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に) _____			視覚に障害がある方は必ず記入 矯正できない場合は「不可」に○ 裸眼視力 右 _____ 左 _____ 矯正後視力 右 _____ 左 _____ 不可			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 手帳取得の対象に準ずる方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ <input type="checkbox"/> 未取得で 自立支援医療費受給者証を所持						
⑧障害分類	1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部(ぼうこう又は直腸機能障害) 5. 知的 6. 精神						
⑨重複障害	0. なし 1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚・平衡・音声・そしゃく機能 4. 内部() 5. 知的 6. 精神						
⑩その他疾病							
⑪全国大会	代表希望	1. 埼玉県代表を希望 2. さいたま市代表を希望 3. 希望しない (春季大会参加のみ)					
	出場歴	0. なし 1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 出場した開催地 〔 岩手・愛媛・福井・栃木 〕					

⑫障害区分確認事項

障害区分番号1~10の方は、該当する箇所に○印と必要事項を記入してください。

障害区分 1~10	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 _____ 車いす ・ 電動車いす ・ 他〔 _____ 〕 常用ではないが併用 車いす ・ 電動車いす ・ 他〔 _____ 〕
障害区分 1,5	イ 切断・欠損・機能障害〔 部位 _____ 〕 ウ 多肢切断で義足等を使用し、立位で競技が〔 できる ・ できない 〕
障害区分 2~4 10	エ 頸髄損傷 受傷部位〔 頸髄 _____ 〕 麻痺の程度〔 完全 ・ 不完全 〕 頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が〔 できる ・ できない 〕 ②把持能力が〔 あり ・ なし 〕 オ 車いす使用の方で座位バランス〔 あり ・ なし 〕
障害区分 6~9 10	カ 脳原性麻痺 カ 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下が〔 ある ・ ない 〕 上肢の関節可動域に制限が〔 ある ・ ない 〕 キ 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 〕 ク 立位者で、走ることが〔 可能 ・ 不可能 〕

別表 I-7参照

障害区分カードの発行 (肢体不自由)

⑬障害区分番号		あり	なし
		7 -	

⑭参加種目

競技スタイル (投球時姿勢)	1 立位	
	2 座位	<input type="checkbox"/> 車いすを使用し、競技する <input type="checkbox"/> 椅子を使用し、競技する

該当する箇所に○印を記入してください。

競技スタイル 座位 確認事項	1 ランプを使用して競技する
	2 競技アシスタントを同伴する

⑮競技中に使用する補装具等【設問なし】

⑯特記事項 該当する箇所に○印を記入してください。

1 投球時は使用しないが、移動や待機時に「車いす」を使用 2 投球時は使用しないが、待機時に「いす」を使用 3 聴覚、音声・言語等に障害のある方で〔 手話通訳 ・ 要約筆記 〕を希望 4 ボールの借用を希望する
--

⑰備考 全国障害者スポーツ大会の参加にあたり、健康面・日常生活面で伝えたいこと、不安なことがあればご記入ください。(例 医療的ケアとして○○が必要など)

--

※ 障害区分確認の対象となる選手 (障害区分カードを持っていない方)

障害区分確認の結果、ボッチャ競技の障害区分に該当しなかった場合、他競技への変更を希望しますか。

他競技への変更の有無	はい いいえ	希望 競技	希望 種目	①	②
------------	-----------	----------	----------	---	---