

1 陸上競技

Table with 8 columns: 陸上競技, 水泳, アーチery, 卓球, FD, ボウリング, ポツチャ. Includes ⑱ 競技選択 and 希望順位.

⑲ ジュニアの部 (オープン参加)

※複数競技に申込みをされる方は、出場を希望する順番を必ずご記入ください

13歳未満の方は○をお付けください

(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

Main application form with sections: ①団体名, ②-1氏名, ⑤現住所, ⑥連絡先, ⑦障害名等, ⑧障害分類, ⑨重複障害, ⑩その他疾病, ⑪代表希望, ⑫出場歴.

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。

Table for disability classification items (A through K) with checkboxes and input fields.

別表1-1参照

Table with 2 columns: ⑬ 障害区分番号, 19

障害区分カードの発行 (肢体不自由)

Table with 2 columns: あり (なし), 1 -

⑭参加種目 第1希望種目 第2希望種目

Table for race selection with columns: 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.

- 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。

Form for special notes regarding competition rules and assistance needs.

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。

Table with 7 columns: 補装具等, 歩行杖等, 車いす等, 義肢・器具等, 松葉杖(2本), 片手駆動, 電動, 松葉杖(2本), 片手駆動, 投てき台, クラッチ(1本), 足駆動(前向), クラッチ(2本), 足駆動(後向).

1 陸上競技

⑬ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ

⑭ジュニアの部  
(オープン参加)

※複数競技申込者は、出場希望順番を必ずご記入ください。なお、全国大会希望は[1]と記載した競技のみです。13歳未満の方は○を付けください。

(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氏名	ふりがな			③性別	1. 男	④西暦 年 月 日 R6.4.1現在	歳
	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代表希望 ⑫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 または 13歳未満の方)						
	⑬で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。						
⑬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 (愛媛・福井・栃木・鹿児島)						

⑬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 日常生活で使用する補装具 (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 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-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 -

代表希望者は必ず2種目記入

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 ( 1 m ・ 2 m ) 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 ・ 許可された者 ] 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		

2 水泳

⑮ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
-------------------	------	----	--------	----	----	-------	------

※複数競技申込者は、出場希望順番を必ずご記入ください。なお、全国大会希望は「1」と記載した競技のみです。

(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	④ 西暦 年 月 日 R6.4.1現在	歳
	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) ⑮で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。					
⑫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 (愛媛・福井・栃木・鹿児島)					

⑬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。

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
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
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
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
5 障害区分22は、使用する浮具の種類をご記入ください
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
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

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)

--

3 アーチェリー

⑮ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
-------------------	------	----	--------	----	----	-------	------

※複数競技申込者は、出場希望順番を必ずご記入ください。なお、全国大会希望は「1」と記載した競技のみです。

〔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 生年月日 R6.4.1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	⑮で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。 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 〔 愛媛 ・ 福井 ・ 栃木 ・ 鹿児島 〕					

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 コンバウンド50m・30mラウンド 4 コンバウンド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)

--

4 卓球

⑬ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
				1			

※卓球に出場を希望される方は、他競技にご出場出ませんので、ご注意ください。

(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	④ 西暦 年 月 日 R6.4.1現在	歳
	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)						
	⑩で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。						
⑫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 (愛媛・福井・栃木・鹿児島)			

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	カ 脳原性麻痺 キ 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下が [ ある ・ ない ] ク 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

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
			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 |           |           |            |            |

5 フライングディスク

⑬ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
					1		

※フライングディスクに出場を希望される方は、他競技にご出場出ませんので、ご注意ください。

(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	④ 西暦 年 月 日 R6.4.1現在	歳
	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	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) ⑫で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。					
	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 (愛媛・福井・栃木・鹿児島)					

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 デイスリート・ファイブ (5m)	11 レディース・シティング (座位女子)
	2 デイスリート・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)

--

6 ボウリング

⑬	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
競技選択 希望順位							

※複数競技申込者は、出場希望順番を必ずご記入ください。なお、全国大会希望は「1」と記載した競技のみです。

〔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 年 月 日 R6.4.1現在	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) ⑫で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。					
	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 (愛媛・福井・栃木・鹿児島)					

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)

--

7 ポッチャ

⑮ 競技選択 希望順位	陸上競技	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
-------------------	------	----	--------	----	----	-------	------

⑲ジュニアの部 (オープン参加)
---------------------

※複数競技申込者は、出場希望順番を必ずご記入ください。なお、全国大会希望は[1]と記載した競技のみです。 13歳未満の方は○をお付けください。

(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	④西暦 年 月 日 R6.4.1現在	歳
	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 (手帳記載のとおり)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) _____		<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 または 13歳未満の方)						
	⑫で「1」を記入した競技のみ代表希望を選択できます。						
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 [ 愛媛 ・ 福井 ・ 栃木 ・ 鹿児島 ]			

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○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	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 ・ 肘を伸ばさずはく ] ク 立位者で、走ることが[ 可能 ・ 不可能 ]

別表1-7参照

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  
7 -

⑭参加種目

競技スタイル (投球時姿勢)	1 立位	<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
	2 座位	

該当する箇所○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 スポーツ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○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、ポ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
------------	-----------	----------	----------	---	---