

1 陸上競技

⑱	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		同日 開催					

※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

⑲ジュニアの部 (オープン参加)

13歳未満の方は○を付けてください

①団体名		〇△市		〔 〇△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	④ 生年月日	西暦	
	姓	埼玉		速人				2013 年 3 月 20 日	
⑤現住所	〒	〇〇〇-△△△△						R8.4.1現在 13 歳	
⑥連絡先	TEL	048-△△△-〇〇〇〇		携帯電話	090-△△△△-〇〇〇〇		FAX	048-△△△-〇〇△△	
	その他連絡先 (E-mail、所属先・保護者等) 090-〇〇〇〇-△△△△ (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	〇△〇△	号	第 1 種 2 級
	障害名 (手帳記載のとおりの全文)		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 など具体的に)		脳性麻痺 記入漏れに注意						
	<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 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 5. 知的 6. 精神								
⑩その他疾病	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。ダウン症 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	① 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出場歴	① 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 (栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀)								

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 (① あり ・ 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 (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 (あり ・ ② ない) 上肢の関節可動域に制限が (あり ・ ③ 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 - 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 (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 6 その他内容	番号 7 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 同伴する介助者を希望する場合は、理由の記入が必要
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、競技に関することで伝えておきたいこと・不安なことがあればご記入ください。

服薬の自己管理ができるか心配です。

※1 競技中に使用する補装具等番号 義肢・装具等 15その他

歩行杖等 車いす等	1 杖 6 レーサー使用 11 片上下肢駆動 15その他	2 松葉杖(1本) 7 両手駆動 12 電動	3 松葉杖(2本) 8 片手駆動 13 投てき台	4 クラッチ(1本) 9 足駆動(前向)	5 クラッチ(2本) 10 足駆動(後向)
--------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------	--------------------------

1 陸上競技

⑱ 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
		同日 開催					

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氏名	ふりがな		姓		名	③性別	1. 男	④西暦	年 月 日		
						2. 女		R8.4.1現在	歳		
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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 発行地 第 号 第 種 級										
お持ちの手帳にチェック、内容を記入	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)										
	<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	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕										
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 または 13歳未満の方)										
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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕										

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	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 -

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 その他内容	番号 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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助(●●●)が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています 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 15その他 12 電動 13 投てき台

2 水泳

⑩ 競技選択 希望順位	陸上競技 同日開催	水泳	アーチェリー	卓球	FD	ボウリング	ポッチャ
-------------------	--------------	----	--------	----	----	-------	------

⑨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		姓		名	③ 性別	1. 男	④ 生年月日	西暦 年 月 日 R8.4.1現在 歳				
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) <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	該当する箇所に○印と必要事項を記入ください。ダウン症 てんかん発作 〔 〕												
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 または 13歳未満の方) ※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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕												

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	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 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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助(●●●)が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています など)

3 アーチェリー

⑩ 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	ボッチャ

※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	姓	名	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 西暦 生年月日	R8.4.1現在 年 月 日 歳
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) <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・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・しゃく機能 4. 内部〔 〕 5. 知的 6. 精神						
⑩その他疾病	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕						
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) ⑩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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕						

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でアシスタントの入場が必要	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アシスタントを希望	理由
3 障害区分1又は障害区分3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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助(●●●)が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています 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 生年月日	年 月 日			
	姓		名			2. 女		R8.4.1現在 歳			
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										
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	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕										
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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕										

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

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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助 (●●●) が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています 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

⑩ 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 生年月日	R8.4.1現在	
	姓	名	2. 女		年 月 日 歳			
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)		裸眼視力 右 左					
	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)		矯正後視力 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		不可					
	<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	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕							
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)							
⑫全国大会 出場歴	⑬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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕							

別表 I - 5参照

⑬ 障害区分 番号	
-----------------	--

⑭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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助（●●●）が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています など〕
--

6 ボウリング

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	ボッチャ
							同日 開催

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 2. 女	④ 西暦 年 月 日 R8.4.1現在	歳
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	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕								
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 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。							
	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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕							

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】
⑮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	点
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 c m

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

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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助(●●●)が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△さんと練習しています など)
--

7 ボッチャ

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	ボッチャ
						同日 開催	

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 生年月日	西暦 年 月 日					
	姓		名				2. 女		R8.4.1現在 歳					
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)										裸眼 視力		右	左
	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)										矯正後 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 <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	該当する箇所に○印と必要事項をご記入ください。 ダウン症 てんかん発作 〔 〕													
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 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。													
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 〔 栃木 ・ 鹿児島 ・ 佐賀 ・ 滋賀 〕													

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	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1-7参照

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	

該当する箇所に○印を記入してください。

競技スタイル 確認事項	1 投球動作が困難であるため、ランプを使用し、ラン プオペレーターを同伴する
	2 車いすの移動や方向転換が機能的に困難である ため、スポーツアシスタントを同伴する

ランプオペレーター、あるいはスポーツアシスタント、どちらか1名まで

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、競技に関することで伝えておきたいこと・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、入浴時に介助(●●●)が必要、服薬の自己管理ができるか心配、伴走者△△さんと練習しています 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
------------	-----------	----------	------------	---