

第16回山形県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書 【記入例】

陸上競技

様式1-1

① 市町村名	お住いの市町村を記入		② チーム名	※学校名・所属チーム・サークル名などをご記入ください。		
フリガナ	スポーツ	タロウ	④ 性別	1 <input checked="" type="radio"/> 男 2 <input type="radio"/> 女	⑤ 生年月日	大正・昭和・平成 1年 12月 24日
③ 氏名	スポーツ 太郎		年齢	満 28 歳 (平成29年4月1日現在)		
⑥ 現住所	〒 ※ お住いのご住所をご記入ください。				TEL	023-0××-0000
					FAX	同上
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	山形 都 道 第 0123456 号 第 3 種 6 級	障がい名(手帳記載のとおり全文)			
	障がい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)		※手帳の記載通り正確にご記入ください			
	視覚に障がいのある方は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○	裸眼 視力 右 左	矯正後 視力 右 左		不可	
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む)		無 (取得の対象に準ずる方を含む)			
⑨ 障がいの分類	1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的					
⑩ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神 その他 ()					

療育手帳をお持ちの方は「有」に○を付けてください。
ご自身の障がい分類の、あてはまる箇所に○を付けてください。重複障がいをお持ちの方はそちらにも○を付けてください。

⑪ 障がい区分			
主たる障がいの該当する番号1つのみに○印を付けてください。			
上肢	1	手部切断 片前腕切断、片上肢不完全 片上腕切断、片上肢不完全	16 四肢麻痺で車椅子使用 17 けつて移動
	2	両前腕切断 片前腕・片上肢不完全 両上肢不完全	
	3	両上腕切断、両上肢不完全	
下肢	4	片下腿切断、片下脚切断	
	5	片大腿切断、片下脚切断	
	6	両下腿切断	
体幹	7	片下腿及び片大腿切断 両下肢不完全	24 視力0から光覚弁まで 25 視力手動弁から0.03まで 視野5度以内
	8	両大腿切断、両下肢完全	26 その他の視覚障がい
子脳常用性、麻痺使用以外で車椅子	9	体幹	
	10	第6頸髄まで残存	27 聴覚障がい
	11	第7頸髄まで残存	
	12	第8頸髄まで残存	
	13	下肢麻痺で座位バランスなし	28 知的障がい
	14	下肢麻痺で座位バランスあり	
15	その他の車椅子	29 ぼうこう又は直腸機能障がい	

⑪...ご自身の障がい区分に最もあてはまる番号に○を付けてください。
⑬...補装具等の使用の有無を選択し、出場希望種目の横に補装具の番号と内容を記入してください。
※リレー希望の有無・走幅跳希望の方は踏切板の位置もお知らせください。

⑬ 出場種目と補装具		
<別表1>を確認のうえ、希望する種目と補装具の有無を下欄にご記入ください。 走幅跳に参加希望の方は踏切の位置もお選びください。 「有」の方は、番号を下欄に記入し、「14 その他」の場合、内容を記入してください。 「有」の方は、「車椅子等」の欄の6~10,12,13から選択してください。		
希望順	出場種目	競技中に使用する補装具等 有・無 内容
第1希望	100m	<input checked="" type="radio"/> 有・無 下腿義足
第2希望	走幅跳	<input checked="" type="radio"/> 有・無 下腿義足
★リレー希望 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>		
★走幅跳の踏切板の位置 (1m <input type="radio"/> 2m <input checked="" type="radio"/>)		

⑭ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
① 特になし	<input checked="" type="radio"/>
2 障がい区分24又は25の競走競技(50m走以外)で、伴走者を同伴	<input type="radio"/>
3 障がい区分24又は25の跳躍競技で、(競技役員・許可された者)による(声・音源)の援助を希望	<input type="radio"/>
4 障がい区分24又は25の投てき競技で、競技役員による(声・音源)の援助を希望	<input type="radio"/>
5 聴覚、音声・言語等に障がいのある方で(手話通訳・手書き要約筆記)を希望	<input type="radio"/>
6 競技規則に基づき、競技場内に同伴する介助者の入場を希望	<input type="radio"/>

⑮ 全国大会希望	
第17回全国障害者スポーツ大会「愛顔つなぐえひめ大会」の参加を希望 開催県:愛媛県(派遣期間:H29.10.26~10.31)	<input checked="" type="radio"/> します・ <input type="radio"/> しません
全国大会出場経験の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無

日常生活で使用している補装具(装具・車椅子・杖など)がある。
●常用の補装具名 []
●常用でないが併用する補装具名 []
障がい区分4・5・7・8(切断は除く)で、片足または両足で補装具なしで立つことが可能・不可能)

第16回山形県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書【記入例】

水泳

様式1-2

① 市町村名	お住いの市町村を記入		② チーム名	※ 学校名・所属チーム・サークル名などをご記入ください。		
フリガナ	スポーツ	タロウ		⑤ 生年月日	大正・昭和・平成 1年12月24日	
③ 氏名	スポーツ 太郎		④ 性別	① 男 2 女	年齢	満 28 歳 (平成29年4月1日現在)
⑥ 現住所	〒 ※ お住いのご住所をご記入ください。			TEL	023-〇××-〇〇〇〇	
				FAX	同上	
	交付手帳	山形 都 道 第 0123456 号 市(区)	療育手帳をお持ちの方は「有」に○を付けてください。 ご自身の障がい分類の、あてはまる箇所に○を付けてください。重複障がいをお持ちの方はそちらにも○を付けてください。			
⑦ 身体障害者手帳	※ 手帳の記載通り正確にご記入ください。					
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む)		無 (取得の対象に準ずる方を含む)			
⑨ 障がいの分類	① 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的					
⑩ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神 7 その他 ()					

⑪ 障がい区分			
主たる障がいの該当する番号1つのみに○印を付けてください。			
上肢	1 手部切断 2 片前腕切断、片上肢不完全 3 片上腕切断、片上肢完全 4 両前腕切断、両上肢不完全	(脳) 17 疾患性脳	四肢麻痺(車椅子常用) 上肢に著しい不随意運動を伴う走不能
下肢	5 両前腕切断、両上肢不完全 6 両上腕切断、両上肢完全 7 両前腕切断、両上肢不完全	25 その他の視覚障がい	26 聴覚障がい
上下肢	11 片上肢完全・片下肢完全 両上肢不完全・両下肢不完全	27 知的障がい	知的障がい
体幹	12 体幹	26 聴覚障がい	27 知的障がい
車椅子使用以外	13 第7頸髄まで残存 14 第8頸髄まで残存 15 下肢麻痺で座位バランスなし 16 下肢麻痺で座位バランスあり	27 知的障がい	知的障がい

⑬ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
① 特になし	
2 規則上、スタート介助を認められている者(障がい区分11・13・17・19・22)で、スタート時による介助を希望	(競技役員(補助員を含む)・許可された者)
3 規則上、入退水時の介助を認められている者(障がい区分11・13・14・15・16・17・19・22)で、入退水時による介助を希望	(競技役員(補助員を含む)・許可された者)
4 障がい区分24・25の者で、ターン及びゴール時に(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による合図棒等でのタッピングを希望	
5 障がい区分22の方は使用する浮具の種類()	
6 プールサイドでの移動のために、貸出用車椅子の利用を希望	
7 聴覚、音声・言語等に障害のある方で、(手話通訳・手書き要約筆記)を希望	
8 障害区分27の者で、情緒不安定又は種目の指示等により、競技エリアに同伴者の入場を希望	

⑫ 障がい区分確認事項	
障がい区分1~22の方は、該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。	
ア 切断(部位)	右下肢切断
イ 脊髄損傷	麻痺の程度(完全・不完全) 頸髄損傷 四肢麻痺・対麻痺 頸髄損傷で座位バランス(あり・なし) 四肢麻痺で座位バランス(あり・なし)
ウ 脳原性麻痺(ある)	
エ 脳原性麻痺(ある)	
オ ウ・エの障	
カ 脳原性麻痺(ある)	
キ イ・ウ・エの障	
ク 日常生活	⑫...上記、⑪で選択した障がい区分の「1~23」までの場合は各項目のあてはまる部分に詳細を記載してください。
ケ 障がい区分	⑬...別紙、<各競技種目表>をご確認いただき、希望するスタート位置・種目・距離を記入してください。リレー希望の有無もお知らせください。 全国障害者スポーツ大会への参加希望及び出場経験の有無を記入してください。(記入漏れや未回答の方は出場選考の対象になりませんのでご注意ください。)
立つことが(可能・不可能)	

⑭ 出場種目・全国大会希望		
<各競技種目表>を確認のうえ、希望するスタート位置・距離・種目にそれぞれ○を付けてください。		
スタート位置	台上	台の横・水中
希望順	距離	種目名
第1希望	25m・50m	自・平・背・バタ
第2希望	25m・50m	自・平・背・バタ
リレー希望	有(200mリレー・200mメドレーリレー) 無	
第17回全国障害者スポーツ大会「愛顔つなぐえひめ大会」の参加を希望 開催県:愛媛県(派遣期間:H29.10.26~10.31)		します・しません
全国大会出場経験の有無		有・無

第16回山形県障がい者スポーツ大会 参加申込書【記入例】

アーチェリー

様式1-3

① 市町村名	お住いの市町村を記入		② チーム名	※学校名・所属チーム・サークル名などをご記入ください。		
フリガナ	スポーツ	タロウ	④ 性別	⑤ 生年月日	大正・昭和・平成 1年 12月 24日	
③ 氏名	スポーツ 太郎		1 男 2 女	年齢	満 28 歳 (平成29年4月1日現在)	
⑥ 現住所	〒 ※ お住いのご住所をご記入ください。				TEL	023-〇××-〇〇〇〇
					FAX	同上
⑦ 身体障害者手帳	都道 山形府 第 0123456 号 第 3 種 6 級 市(区)			障がい名(手帳記載のとおり全文)		
	障がい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)			ご自身の障がい分類の、あてはまる箇所に○を付けてください。重複障がいをお持ちの方はそちらにも○を付けてください。		
	※手帳の記載通り正確にご記入ください			記入ください		
⑧ 障がいの分類	1 肢体 2 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 3 内部					
⑨ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神 7 その他 ()					

⑩ 障がい区分		⑫ 出場種目	
主たる障がいの該当する番号1つのみに○印を付けてください。		参加希望種目を1種目選び、○印を付けてください。 ※20mダブルラウンド出場者は全国障害者スポーツ大会の出場選手選考対象外です。	
肢体不自由	1 第8頸髄まで残存	1	リカーブ20mダブルラウンド
	2 2 その他	2	リカーブ50m・30mラウンド
	3 上肢障がい	3	リカーブ30mダブルラウンド
切断・機能障がい			リカーブ20mダブルラウンド
脳原性麻痺			リカーブ50m・30mラウンド
聴覚・平衡機能障がい、音声・言語・そしゃく機能障がい			リカーブ30mダブルラウンド
内部障がい	8 ぼうこう又は直腸機能障がい		

⑪ 障がい区分		⑬ 特記事項	
障がい区分1~6の方は、該当する箇所に○を付けてください。		下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
ア 切断 (部位)		1 特になし	
イ 脊髄損傷 (四肢麻痺・対麻痺)		2 障がい区分1で、介助者の入場が必要	
ウ 日常生活で使用する補装具(装具)			
● 常用の補装具名 [車いす]			
● 常用でないが併用する補装具名 []			

⑭ 全国障害者スポーツ大会参加希望	
第17回全国障害者スポーツ大会「愛顔つなぐえひめ大会」への参加を希望 開催県:愛媛県 (派遣期間:H29.10.26~10.31)	○します・しません
全国大会出場経験の有無	○有・無

第16回山形県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書【記入例】

卓球

様式1-4

① 市町村名	お住いの市町村を記入		②チーム名	※学校名・所属チーム・サークル名などをご記入ください。		
フリガナ	スポーツ	タロウ		⑤生年月日	大正・昭和・平成 1年10月1日	
③氏名	スポーツ	太郎	④性別	1 男 2 女	年齢	満 28 歳 (平成29年4月1日現在)
⑥現住所	〒 ※ お住いのご住所をご記入ください。				TEL	023-〇××-〇〇〇〇
					FAX	同上
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	山形 都 道 第 0123456 号 第 3 種 2 級 市(区)		障がい名(手帳記載のとおり全文)		
	※手帳の記載通り正確にご記入ください					
視覚に障がいのある方は必ず記入		裸 眼	視力	左		
矯正できないときは「不可」に○		矯正後	視力	左 (不可)		
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む。)		無 (取得の対象に準ずる方を含む。)			
⑨ 障がいの分類	1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的					
⑩ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神 7 その他 ()					

療育手帳をお持ちの方は「有」に○を付けてください。
ご自身の障がい分類の、あてはまる箇所に○を付けてください。重複障がいをお持ちの方はそちらにも○を付けてください。

⑪ 障がい区分			
主たる障がいの該当する番号1つのみに○印を付けてください。			
上肢	1 片上肢障がい	10 両上肢障がい	11 両上肢使用不能
下肢	2 両上肢障がい	3 片下腿切断、片下肢使用不能	4 片大腿切断、両下腿切断
	3 片下腿切断、片下肢使用不能	5 片下及及び片大腿切断	6 両大腿切断、両下肢完全使用不能
	4 片大腿切断、両下腿切断	5 片下及及び片大腿切断	6 両大腿切断、両下肢完全
体幹	5 片下及び片大腿切断	15 視野5度以内	16 その他の視覚障がい
	6 両大腿切断、両下肢完全	16 その他の視覚障がい	17 聴覚障がい
脳原性障害 使用以外で車椅子	7 体幹	17 聴覚障がい	18 知的障がい
	8 頸髄損傷	18 知的障がい	
	9 座位バランスなし		
	10 両上肢使用不能		
	11 両上肢使用不能		
	12 両上肢使用不能		
	13 両上肢使用不能		
	14 両上肢使用不能		
	15 視野5度以内		
	16 その他の視覚障がい		
	17 聴覚障がい		
	18 知的障がい		

⑬ 出場種目と補装具			
障がい区分15の方は「2 サウンドテーブルテニス」、その他の方は「1 一般卓球」に○印を付けてください。			
杖等	1 杖	2 松葉杖(1本)	3 松葉杖(2本)
クラッチ等	4 クラッチ(1本)	5 クラッチ(2本)	
両手駆動等	6 両手駆動	7 片手駆動	
義肢・装具等	8 ()		
1	一般卓球		
2	サウンドテーブルテニス		

⑫ 障がい区分確認事項	
障がい区分1~14	⑫...上記、⑪で選択した障がい区分の「1~14」までの方は各項目のあてはまる部分に詳細を記載してください。
ア 切断(部位)	⑬...区分1~14で使用中の補装具がある方は、番号に○を付けてください。
イ 脊髄損傷	⑭...特記事項(特に注意する点)をご記入ください。(特にない場合は、「特になし」に○を記入)
ウ 脳原性麻痺(ある・なし)	⑮...全国障害者スポーツ大会への参加希望及び出場経験の有無を記入してください。(記入漏れや未回答の方は出場選考の対象になりませんのでご注意ください。)
エ 脳原性麻痺(ウ・エの障がい)	
オ ウ・エの障がい	
カ イ・ウ・エ以外の車椅子使用(二分脊椎や骨関節機能障がい、切断など)の方で座位バランス(あり・なし)	
キ 日常生活で使用する補装具(装具・車椅子・杖など)がある。	
●常用の補装具名[白杖]	
●常用でないが併用する補装具名[]	
ク 障がい区分3~5(切断は除く)で、片足または両足で補装具なしで立つことが(可能・不可能)	

⑭ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1 特になし	
2 試合中のボールパーソンを希望	
※STT出場選手は必ず○印を付けてください。	
3 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椅子を使用	
4 聴覚、音声・言語等に障がいのある方で(手話通訳・手書き要約筆記)を希望	
5 補助犬を同伴	
6 特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望	

⑮ 全国大会希望	
第17回全国障害者スポーツ大会「愛顔つなぐえひめ大会」の参加を希望 開催県:愛媛県(派遣期間:H29.10.26~10.31)	します・しません
全国大会出場経験の有無	有・無

第15回山形県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書【記入例】

フライングディスク

様式1-5

① 市町村名	お住いの市町村を記入		② チーム名	※学校名・所属チーム・サークル名などをご記入ください。			
フリガナ	ヤマカタ	ハナコ		④ 生年月日	大正・昭和・平成 1年4月1日		
② 氏名	山形 花子		③ 性別	1 男 2 女	年齢	満 28 歳 (平成29年4月1日現在)	
⑤ 現住所	〒 ※ お住いのご住所をご記入ください。				TEL	023-〇××-〇〇〇〇	
					FAX	同上	
⑥ 身体障害者手帳	交付手帳	山形 都道 第0123456号第2種3級		障がい名(手帳記載のとおり全文)			
	※手帳の記載通り正確にご記入ください。		療育手帳をお持ちの方は「有」に○を付けてください。ご自身の障がい分類の、あてはまる箇所に○を付けてください。重複障がいをお持ちの方はそちらにも○を付けてください。		正確にご記入ください		
	視覚に障がいのある方は必ず記入	裸眼	左	不可			
	矯正できないときは「不可」に○	矯正後	視力 右 左	視野 右 左			
⑦ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む)		無 (取得の対象に準ずる方を含む)				
⑧ 障がいの分類	① 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的						
⑨ 重複障がい	① なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神 7 その他 ()						

⑩ 出場種目	
参加希望種目をアキュラシー及びディスタンスから1種目ずつ選択し、番号に○印を付けてください。	
【アキュラシー】	
①	ディスリート・ファイブ
2	ディスリ
【ディスタンス】	
11	レディ
12	メンズ
⑬	レディ
14	メンズ・スタンディング

⑫ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
①	時になし
2	左腕で投げる
...しているため、音源を必要 ...を使用 ...杖を使用 ...に椅子を使用 ...ないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために ...等に障がいのある方で ...手書き要約筆記)を希望 ...競技場内に同伴する介助者の入場を希望	

⑪ 競技区分	
参加希望する番号に○印を付けてください。	
1	座位
②	立位

⑬ 全国大会希望	
第17回全国障害者スポーツ大会 「愛顔つなぐえひめ大会」の参加を希望 開催県:愛媛県 (派遣期間:H29.10.26~10.31)	① します ② しません
全国大会出場経験の有無	有 ③ 無