

※全国大会（茨城県）参加希望者は「全国障害者スポーツ大会申込書」を提出してください。

1 陸上競技

所属, 氏名, 生年月日, 現住所, 身体障害者手帳, 療育手帳, 障害の分類, 重複障害, 確認事項

障害区分 table with columns for limb type (肢体1, 2), description, and code number.

出場種目 table with columns for body type (身体), cognitive (知的), code number, and event name.

Registration details for events, including code numbers and personal records.

障害区分確認事項 section with detailed instructions for each limb category.

特記事項 section for additional notes and special requirements.

※全国大会（茨城県）参加希望者は「全国障害者スポーツ大会申込書」を提出してください。

2 水泳競技

所属, 氏名, 生年月日, 現住所, 身体障害者手帳, 療育手帳, 障害の分類, 重複障害, 確認事項

障害区分
主たる障害の該当する番号1つのみに○印を付けてください。
肢体1=切断・機能障害 肢体2=脳原性麻痺以外の車椅子 肢体3=脳原性麻痺

障害区分確認事項
肢体1～4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。
ア 切断(部位)
イ 脊髄損傷 頸髄損傷(四肢麻痺・対麻痺)

出場種目
身体 知的 コード番号・種目
自由形 別表参照
背泳ぎ 別表参照

特記事項(下記の項目の該当する番号に必ず○印を付けてください)
1 入退水時に競技役員による補助を希望する
2 規則上スタート時の補助を認められている者(11、13、17、19、22)で競技役員による補助を希望する

※全国大会（茨城県）参加希望者は「全国障害者スポーツ大会申込書」を提出してください。

3 卓球競技

Main application form with fields for affiliation, name, birth date, residence, physical disability details, and medical certificates.

Table for '障害区分' (Disability Classification) listing categories like limb, vision, hearing, and internal disabilities with corresponding codes.

Table for '出場種目' (Event Categories) showing codes for general table tennis and sound table tennis.

※ 競技中に使用する補装具・補助用具 (有・無) 「有」の方は、次の中から選んでください。

Table listing assistive equipment options such as walking sticks, crutches, and wheelchairs.

Form for '障害区分確認事項' (Disability Classification Confirmation Items) with checkboxes for various conditions.

Form for '特記事項' (Special Notes) with numbered fields for additional information.

※全国大会（茨城県）参加希望者は「全国障害者スポーツ大会申込書」を提出してください。

4 フライングディスク競技

所属	名称(市町村・施設・学校名)						TEL	
							FAX	
氏名	フリガナ			性別			1. 男 2. 女	整理番号 ※記入しないでください
	姓			名				
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	2019.4.1現在 満 歳	知的 1. 少年(19歳以下) 2. 青年(35歳以下) 3. 壮年(36歳以上)
現住所	〒						TEL	
							FAX Mail	
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 _____ 号 第 ____ 種 ____ 級 市区			記載事項	身体障害者手帳記載のとおり、全文を記入してください		
	原因	障害の原因となっている傷病等を記入してください				視覚に障害がある方は必ず記入してください 矯正後の両眼の視力の和		
療育手帳	有(交付申請中含む)		A判定	B判定	C判定	/	1度 2度 3度 4度	無(取得の対象に準ずる方を含む)
障害の分類	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
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	7. その他()
確認事項 該当箇所に○を付けてください	現在、医師の治療を受けて(いる・いない) (経過観察等を含む)			左の項目で、治療を受けている、または、不安があるに印をした方 出場種目の参加について医師から了承を(得ている・得ていない) ※原則として、治療中・体調に不安のある方は、競技種目について医師と相談のうえ申込ください。				
			又は、体調に不安が(ある・ない)					

競技区分	
参加を希望する区分番号に○印を記入してください。	
1	座位
2	立位

出場種目			
身体	知的	コード番号・種目	
☆	★	1	アキュラシー・スリット・ファイブ
☆	★	2	アキュラシー・スリット・セブン
☆	★	11	ディスタンス・レディース・シーティング : 座位女子
☆	★	12	ディスタンス・メンズ・シーティング : 座位男子
☆	★	13	ディスタンス・レディース・スタンディング : 立位女子
☆	★	14	ディスタンス・メンズ・スタンディング : 立位男子

アキュラシーのどちらか1つと、ディスタンスを選択し、コード番号と自己記録を必ずご記入ください。
アキュラシーは、ファイブとセブンの両方を選択することはできません。

	第1希望(必須)	第2希望(必須)
コード番号		
自己記録		

特記事項(下記の項目の該当する番号に必ず○印を付けてください)

- 左腕で投げる
- 視覚障害を有しているため、音源を必要とする
- 競技中に車椅子を使用する
- 競技中に歩行補助杖を使用する
- 競技中、投げる時に椅子を使用する
- 聴覚・音声・言語等に障害がある方で、手話通訳・要約筆記を希望
- 特段の理由により競技場内に同伴する介護者を希望
(理由:)
- その他 ()

※全国大会（茨城県）参加希望者は「全国障害者スポーツ大会申込書」を提出してください。

5 ボウリング競技

所属	名称(市町村・施設・学校名)						TEL					
							FAX					
氏名	フリガナ			姓			性別	1. 男 2. 女	整理番号 ※記入しないでください			
				名								
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	生まれ	2019.4.1現在 満 歳	身体	1部(39歳以下) 2部(40歳以上)	知的	1. 少年(19歳以下) 2. 青年(35歳以下) 3. 壮年(36歳以上)
現住所	〒						TEL					
							FAX					
身体 障害者 手帳	交付 手帳	都道 府県 第 _____ 号 第 __ 種 __ 級 市区			記載 事項	身体障害者手帳記載のとおり、全文を記入してください						
	原因	障害の原因となっている傷病等を記入してください				視覚に障害がある方は必ず記入してください			矯正後の 両眼の視力の和	矯正 不可		
療育手帳	有(交付申請中含む) A判定 B判定 C判定 / 1度 2度 3度 4度 無(取得の対象に準ずる方を含む)											
障害の分類	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											
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 7. その他()											
確認事項 該当箇所に○を 付けてください	現在、医師の治療を受けて(いる・いない) (経過観察等を含む) 又は、体調に不安が (ある・ない)						左の項目で、治療を受けている、または、不安があるに印をした方 出場種目の参加について医師から了承を (得ている・得ていない) ※原則として、治療中・体調に不安のある方は、競技種目について医師と相談のうえ申込んでください。					

障害区分	
1	知的障害

出場種目		
身体	知的	コード番号・種目
★	1	ボウリング

アベレージをご記入ください

	点
--	---

特記事項(下記の項目の該当する番号に必ず○印を付けてください)

1 聴覚・音声・言語等に障害がある方で、手話通訳・要約筆記を希望

2 その他 ()