



1 陸上競技

Personal information form including name, date of birth, residence, and medical certificate details.

確認事項: 現在、医師の治療を受けている・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。

障害区分 (Disability Classification) table with columns for limb type and specific conditions.

出場種目 (Event Selection) table with columns for body type, cognitive, and code number.

希望する種目を身体障害者の方は<別紙1>、知的障害者の方は★印の中から選び、コード番号と自己記録を必ず記入ください。 (Event selection confirmation form)

器材等 (Equipment) table listing items like walking sticks, prosthetics, and other aids.

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。 (Disability classification confirmation items)

特記事項 (Special Notes): (下記の項目の該当する番号に必ず○印を付け、必要事項をご記入ください) (Special notes section)

※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたら御記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、自閉症という診断のある方も併せて状況などを御記入ください。



2 水泳競技

Personal information form including name, gender, date of birth, residence, and medical details.

Table for disability classification (障害区分) with categories like limb amputation, visual impairment, and hearing impairment.

Table for event selection (出場種目) showing options for different swimming styles and distances.

Confirmation items (障害区分確認事項) for categories A through K, detailing specific conditions.

Special items (特記事項) section for providing additional information about the applicant.

※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたら御記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、自閉症という診断のある方も併せて状況などを御記入ください。



**3 卓球競技**

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	R6.4.1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)	精神	区分なし	
現住所	〒						TEL					
会社・施設・学校等の所属先	名称						TEL					
	〒						FAX					
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 _____ 号 第 ____ 種 ____ 級			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						
		裸眼	視力	右	左							
		矯正後	視力	右	左	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)	
精神障害者手帳	有(交付申請中含む)		1級		2級		3級		無(取得の対象に準ずる方)			
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		6.精神	
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( )	
過去の出場歴	1.なし		2.全国障害者スポーツ大会(開催地: )									
確認事項 該当箇所○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ください。							

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いす使用 肢体3=脳原性麻痺			
肢体1	1	片上肢障害	10 車いす使用
	2	両上肢障害	11 杖、松葉杖使用
	3	片下腿切断 片下腿不完全	12 上肢に不随意運動あり
	4	片大腿切断 両下腿切断 片下腿完全 両下腿不完全	13 上肢に不随意運動なし
	5	片下腿・片大腿切断 両大腿切断 両下腿完全	14 片側障害
	6	体幹	15 アイマスク、アイシェード有り
肢体2	7	第8頸髄まで残存	16 アイマスク、アイシェードなし
	8	座位バランスなし	17 聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害
	9	その他の車いす	18 知的障害
			19 精神障害

出場種目			
身体	知的	精神	コード番号・種目
★	★	★	1 一般卓球
障害区分 15			2 サウンドテーブルテニス

障害区分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。

※ 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。(障害区分1~14の方は必須です)

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

**障害区分確認事項**

**肢体1~3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 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 )  
胸髄損傷で座位バランス( あり ・ なし )  
腰・仙髄損傷で座位バランス( あり ・ なし )

ウ 脳原性麻痺で、上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下が(ある・ない)

エ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限が( あり ・ ない )

オ 上記ウ、エの障害で、走ることが( 可能 ・ 不可能 )

カ 上記イ、ウ、エ以外の車いす使用(二分脊椎や骨・関節機能障害、切断など)の方で座位バランス( あり ・ なし )

キ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)  
(あり [補装具名 ] ・ なし)

ク 障害区分3~9(切断は除く)で、片脚または両脚で補装具なしで立つことが( 可能 ・ 不可能 )

**特記事項**  
(下記の項目の該当する番号に必ず○印を付け、必要事項をご記入ください)

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 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:

※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたら御記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、自閉症という診断のある方も併せて状況などを御記入ください。



4 フライングディスク競技

氏名	フリガナ		性別	1.男		整理番号 ※記入しないでください					
	姓	名		2.女							
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	R6.4.1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・MAIL			
会社・施設・学校等の所属先	名称							TEL			
	〒							FAX			
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 _____ 号 第 _____ 種 _____ 級		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					
		裸眼	視力	右	左			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)
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(ぼうこう又は直腸障害)		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( )		
過去の出場歴	1.なし		2.全国障害者スポーツ大会(開催地: )								
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		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								
	(経過観察等を含む)		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)								
	又は、体調に不安がある・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してください。								

**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	アキュラシーディスリート・ファイブ
☆	★	2	アキュラシーディスリート・セブン
☆	★	11	レディース・シティング : 座位女子
☆	★	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

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御記入ください。  
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)
種目コード		
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、必要事項をご記入ください)

- 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
- 競技中に車いすを使用する
- 競技中に歩行補助杖を使用する
- 競技中、投げる時にいすを使用する
- 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助者を希望

理由:

※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたらご記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、自閉症という診断のある方も併せて状況などをご記入ください。



5 ボウリング競技

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	生まれ	R6.4.1 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			
会社・施設・ 学校等の 所属先	名称								TEL			
	〒								FAX			
身体 障害者 手帳	交付 手帳	都道 府県 第 _____ 号 第 ____ 種 ____ 級			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						
				裸 眼	視力	右		左		矯正 不可		
				矯正後	視力	右		左				
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)											
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( )											
過去の出場歴	1.なし 2.全国障害者スポーツ大会(開催地: )											
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してください。							
障害区分					出場種目							
1 知的障害					身体	知的	コード番号・種目					
					★	1	ボウリング					
アベレージを御記入ください					特記事項 (下記の項目の該当する番号に必ず○印を付け、必要事項をご記入ください) 1 重複障害で聴覚・音声・言語等に障害がある方で、(手話通訳・要約筆記)を希望							
ボール・シューズについて 1 持参する( <b>ボール・シューズ</b> ) 2 借用を希望する(希望サイズを記入する) (      ・      cm )												
※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたら御記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、 自閉症という診断のある方も併せて状況などを御記入ください。												





6 ボッチャ競技

氏名	フリガナ			性別	1.男 2.女	整理番号								
	姓	名				※記入しないでください								
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	生まれ	R6.4.1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・MAIL					
会社・施設・学校等の所属先	名称 〒								TEL					
									FAX					
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 _____ 号 第 ____ 種 ____ 級			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						
		裸眼	視力	右		左		矯正後	視力	右		左		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)													
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(ぼうこう又は直腸障害) 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( )													
過去の出場歴	1.なし 2.全国障害者スポーツ大会(開催地: )													
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					
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いす使用 肢体3=脳原性麻痺					
No.	障害区分	競技	No.	障害区分	競技
肢体1 (切断・機能)	1 多肢切断 両下肢完全	立位	6 四肢麻痺で車いす常用	肢体3 (脳原性麻痺)	座位
	1 両上肢不完全および両下肢不完全		7 けつて移動		座位
	2 第6頸髄まで残存		8 片上下肢で車いす常用、または使用		座位
肢体2 (脳原性麻痺以外で車いす常用・使用)	3 第7頸髄まで残存	座位	9 その他走不能	肢体4	立位
	4 第8頸髄まで残存		10 電動車いす常用		座位
	5 多肢切断				座位

出場種目		
該当するコード番号に○印を付けてください。		
障害区分No.	コート番号・種目	
1・9	1	ボッチャ(立位)
2~8, 10	2	ボッチャ(座位)

※競技スタイルが「立位」の選手はコード番号1、「座位」の選手はコード番号2となります。

※ 競技中に使用する補装具 (有・無)		
「有」の方は、次の中から選んでください。		
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
	8 足駆動(前向・手と足の併用を含む)	9 足駆動(後向・手と足の併用を含む)
	10 電動	
義肢・補装具等	13 ( )	

ボール・ランプについて	
1 ボール (持参する・持参しない)	
2 ランプ (持参し、使用する・借用し、使用する・使用しない)	

特記事項	
(下記の項目の該当する番号に必ず○印を付け、必要事項をご記入ください)	
1 障害区分2~8, 10の車いす使用選手でランプオペレーターを希望	※ランプオペレーターは1名のみ
2 障害区分2~8, 10の車いす使用選手で競技アシスタントを希望	※競技アシスタントは1名のみ
3 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	

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)	頸髄損傷で座位バランス(あり・なし)
	胸髄損傷で座位バランス(あり・なし)
	腰・仙髄損傷で座位バランス(あり・なし)
ウ 脳原性麻痺で、上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下がある・ない	
エ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限がある・ない	
オ 上記ウ、エの障害で、走ることが(可能・不可能)	
カ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)	(あり【補装具名】・なし)

※上記のほか、障害や介助について役員で配慮することがありましたら御記入ください。また、障害などに応じた配慮を適切に行うために、自閉症という診断のある方も併せて状況などを御記入ください。