

※全国大会（佐賀県）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

障害区分表: 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...

出場種目表: 身体, 知的, コード番号・種目

身体障害者の方は<別表>「令和6年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目」から出場できる種目を、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してください。

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。

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)

※全国大会（佐賀県）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 (名称(市町村・施設・学校名) TEL FAX)
氏名 (フリガナ 姓 名 性別 1.男 2.女) 整理番号 ※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
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
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 (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))

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
1 手部切断 17 四肢麻痺(車いす常用)
2 片前腕切断、片上肢不完全 18 上肢に著しい不随意運動を伴う走不能
3 片上腕切断、片上肢完全 19 両下肢麻痺、
4 両前腕切断、両上肢不完全 20 上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能
5 両上腕切断、両上肢完全 21 片側障害で片上肢機能全廃
6 片前腕・片上腕切断 22 その他の片側障害で走不能
7 片下腿切断、片下肢不完全
8 片大腿切断、片下肢完全
9 両下腿切断、両下肢不完全 23 浮具使用
10 両大腿切断、両下肢完全 24 片下腿・片大腿切断
11 片上肢切断・片下肢切断 25 視力0から0.01まで
12 片上肢不完全・片下肢不完全 26 視覚
13 多肢切断、 27 その他の視覚障害
14 片上肢完全・片下肢完全 28 聴覚
15 両上肢不完全・両下肢不完全 29 聴覚・平衡機能障害、
16 聴覚 30 音声・言語・そしゃく機能障害
17 体幹 31 第7頸髄まで残存
18 第8頸髄まで残存
19 下肢麻痺で座位バランスなし 知 26 知的障害
20 下肢麻痺で座位バランスあり 内 28 内部障害

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 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 脳原性麻痺片側障害でストロークは(両上肢・片上肢)で行う
ク 日常生活で使用している補装具(あり(補装具名)・なし)
ケ 障害区分6~11(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)

出場種目
身体 知的 コード番号・種目 身体 知的 コード番号・種目
自由形 別表参照 ★ 1 25m 平泳ぎ 別表参照 ★ 21 25m
★ 2 50m ★ 22 50m
背泳ぎ ★ 11 25m バタフライ 別表参照 ★ 31 25m
★ 12 50m ★ 32 50m
身体障害者の方は<別表>「令和6年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目」から出場できる種目を、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してください。
第1希望(必須) 第2希望(必須)
コード番号
自己記録
※ 自由形、平泳ぎ、バタフライは、スタート位置を下記の特記事項4で選択してください。
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
3 障害区分23・24であり、ターンやゴールの際に、合図棒での競技役員による合図を希望
4 自由形、平泳ぎ、バタフライはスタート位置を選択(台上・台の横・水中)
5 障害区分22の方は使用する浮具の種類を記入(各自用意)()
6 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
7 障害区分26の者で、情緒不安定又は種目の指示等により、競技場内に同伴する介助者を希望理由:
8 その他()

※全国大会（佐賀県）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

Application form for table tennis competition, including fields for affiliation, name, birth date, residence, and medical information.

Table for '障害区分' (Disability Classification) with categories like 1. 片上肢障害, 2. 両上肢障害, etc.

Table for '出場種目' (Event Categories) with columns for body, cognitive, and mental disabilities, and event codes.

※ 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 prosthetic limbs.

Form for '障害区分確認事項' (Disability Classification Confirmation Items) with detailed instructions for each category.

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

※全国大会（佐賀県）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			整理番号 ※記入しないでください	
	姓			名			1. 男 2. 女	
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	生まれ	知的
				R6.4.1 現在	満	歳	身体	1部(39歳以下) 2部(40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			記載事項			
	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			身体障害者手帳記載のとおり、全文を記入してください			
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)				
	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込ください。				

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		コード番号・種目	
身体	知的		
☆	★	1	アキュラシー イリート・ファイブ
☆	★	2	アキュラシー イリート・セブン
☆	★	11	ディスタンス・レイズ・スティック : 座位女子
☆	★	12	ディスタンス・メンズ・スティック : 座位男子
☆	★	13	ディスタンス・レイズ・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護者を希望
(理由:)
- その他 ()

※全国大会（佐賀県）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						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)	
	〒										TEL		
現住所											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						
							裸眼	視力	右		左		矯正
							矯正後	視力	右		左		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)					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)													

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()