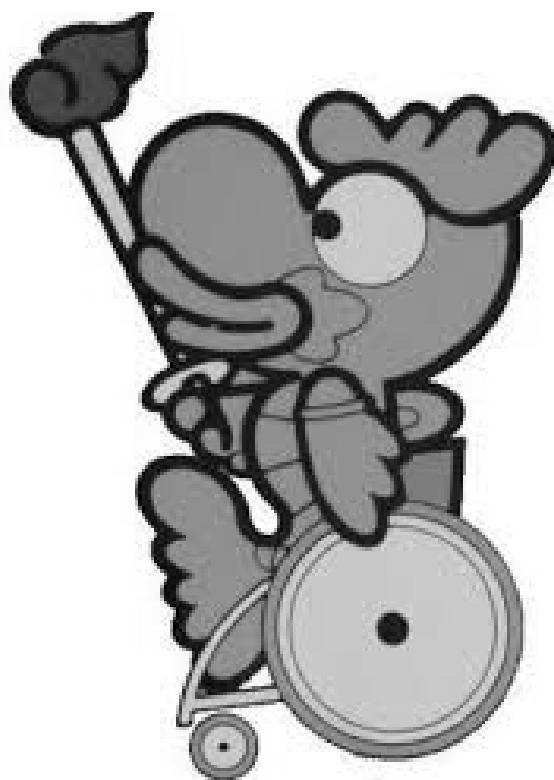


令和8年度
愛知県障害者スポーツ大会

実施要綱



令和8年度愛知県障害者スポーツ大会実施要綱

1 目的

障害者スポーツの一層の発展を図るとともに、社会の障害者に対する理解と認識を深め、障害者の自立と社会参加の促進に寄与することを目的とします。

2 主催

愛知県　社会福祉法人愛知県社会福祉協議会

3 後援（予定）

(一社) 愛知県身体障害者福祉団体連合会、愛知県手をつなぐ育成会
(一社) 愛知県知的障害者福祉協会、(特非) 愛知県精神障害者家族会連合会
愛知県障害者スポーツ指導者協議会
愛知県市長会、愛知県町村会、愛知県教育委員会、(公財) 愛知県スポーツ協会
(公財) 愛知県教育・スポーツ振興財団、(社福) 中日新聞社会事業団、(社福) 朝日新聞厚生文化事業団、(公財) 毎日新聞大阪社会事業団、(社福) 東海テレビ福祉文化事業団
美浜町、美浜町教育委員会、美浜町スポーツ協会、(社福) 美浜町社会福祉協議会
清須市、清須市教育委員会、清須市体育協会、(社福) 清須市社会福祉協議会
岡崎市、岡崎市教育委員会、(公財) 岡崎市スポーツ協会、(社福) 岡崎市社会福祉協議会

4 実施競技及び実施日等

競技	実施日・場所
ボウリング	令和8年4月18日(土) 名古屋グランドボウル 名古屋市緑区忠治山201 TEL(052)623-1101
水泳 卓球(一般卓球)	令和8年5月9日(土) 清須市清洲勤労福祉会館(アルコ清洲) 清須市清洲2537番地 TEL(052)409-8181
卓球 (サウンドテーブルテニス)	令和8年5月17日(日) 岡崎市こども発達センター体育館 岡崎市欠町字清水田6番地4 TEL(0564)23-7564
陸上競技 フライングディスク *フライングディスクは30日実施	令和8年5月30日(土)・5月31日(日) 美浜町運動公園陸上競技場 知多郡美浜町大字奥田字奥田前1番地1 TEL(0569)87-3300

5 参加資格等

- (1) 令和8年4月1日現在、満13歳以上の身体障害者、知的障害者及び精神障害者
- (2) 身体障害者は身体障害者手帳の交付を受けた方
知的障害者は療育手帳の交付を受けた方、又はその取得の対象に準ずる障害のある方
(別紙 様式あり)
精神障害者は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方、又は自立支援医療(精神通院)受給者証を取得した方
- (3) 愛知県内(名古屋市を除く)に住所を有する方、又は愛知県内(名古屋市を除く)の施設等に入所・通所・通学している方
- (4) 申込みをした競技に参加するうえで、身体等に支障のない方

6 競技規則等

(1) 原則として、「全国障害者スポーツ大会競技規則」に準じて行いますが、詳細は主催者が決定します。

(2) 競技は、下記の男女年齢区分別に実施します。

[身体障害者(内部障害者を含む)]
男女別及び令和8年4月1日現在の年齢で1部(39歳以下)と2部(40歳以上)の年齢区分

[知的障害者]
男女別及び令和8年4月1日現在の年齢で、少年(13~19歳)、青年(20~35歳)、壮年(36歳以上)の年齢区分

[精神障害者]
男女別のみ(年齢区分なし)

(3) 障害区分と出場種目は<別表>「令和8年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目」のとおりとします。

(4) 視覚障害区分の判定基準が令和2年度に以下のとおり改正されています。陸上、水泳、卓球競技については、以下の判定基準を参照してください。

改正前：両眼の視力の和で障害区分を判定 ⇒ 改正後：両眼の良い方の視力で障害区分を判定

留意点① 光覚弁、手動弁は視力0、指數弁は視力0.01とします。

留意点② 視力は手帳と同様に矯正視力で判定します。

(5) 競技者は、競技用の服装に必ずゼッケンを表示するものとします。(水泳を除く)
ゼッケンは主催者が用意し、市町村、施設、学校単位で別途送付します。

7 参加費用

無料です。(ただし、会場までの交通費、食費等の実費は個人負担)

8 申込方法

(1) 各競技参加希望者は、「参加申込書」<様式県2-1~5>により、各市町村、施設、学校にお申し込みください。
なお、施設、学校に入所・通所・通学している方については、原則として施設・学校にお申し込みください。

(2) 申込みを受けた各市町村、施設、又は学校は、「総括票」<様式県1>に取りまとめのうえ、参加申込書とともに令和8年2月27日(金)(締切り厳守)までに、当センターへ郵送又は持参いたぐか、E-mailによりお申込みください。
(なお、E-mailにてお申込みの際は、必ず本会に送付の確認の連絡をお願いします。)

※陸上競技・フライングディスク競技を除いた各競技について、県大会と「第25回全国障害者スポーツ大会(青森県)」の個人競技選手選考会を同日に実施しますので、
全国大会参加希望者は、別冊の「全国障害者スポーツ大会申込書」により申し込みください。

9 申込み上の留意事項

(1) 競技について

(ア) 陸上競技とフライングディスク競技の両方を申し込むことはできません。

(イ) 水泳と卓球(一般卓球)の両方を申し込むことはできません。

(ウ) 視覚障害者の卓球競技については、視力や視野の程度に関わらず、アイマスクの有無で一般卓球及びサウンドテーブルテニスに申し込むことができます。

(エ) ボウリングは知的障害者の方のみが対象です。

(2) 種目について

(ア) 出場できる種目は、障害区分、年齢、性別等で異なりますので、「別表」「令和8年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目」で確認のうえお申し込みください。

(イ) 陸上競技、フライングディスク及び水泳の参加希望者は、2種目選択となります
が、参加できるのは主催者が決定した1種目のみとします。
また、フライングディスクのアキュラシーは、ディスリート5とディスリート7の両方を申し込むことはできません。(アキュラシーのどちらか1つと、ディスタンスを選択してください)

(ウ) 陸上競技の障害区分24・25番の競走競技では、伴走者が認められますが、伴走者は競技者が手配してください。

(エ) 卓球はシングルスのみとします。

(オ) ボウリングは、スクラッチ2ゲームマッチのシングルレーン方式で行います。

10 健康管理等について

参加選手の健康、安全管理については、かかりつけの医師に診断を受ける等、各自において十分配慮してください。

なお、けが等の発生時は、主催者は応急処置のみを行います。

また、出場種目については、各自の競技経験等により無理のない種目を選択してください。

※現在、医師の治療を受けている方(経過観察等も含む)、又は体調に不安のある方については、医師と相談のうえ参加してください。

11 表彰について

種目別の各組単位で、1位から3位までの選手にメダルを授与します。

また、3位以内に入賞できなかった参加者に敢闘賞を授与します。

12 その他

(1) 申込人数が多数となった場合は、抽選を行います。

(2) 日程の詳細等は、参加決定に併せてお知らせします。

(3) 荒天の場合は中止し、順延は行いません。中止は主催者にて決定します。

(4) 大会期間中は報道機関が来場し、報道機関に氏名等が公表され、テレビ、新聞紙、インターネット、SNS上等で報道されることがあります。
また、県社協機関紙・HP等にも写真が掲載されますのでご承知ください。

13 申込み・問合せ先

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 障害者スポーツ振興センター

〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目 50 番地

TEL 052-212-5523

FAX 052-212-5522

E-mail shospo@aichi-fukushi.or.jp

URL <https://www.aichi-fukushi.or.jp/>

＜別表＞令和8年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目

1 陸上競技

◎男女別・年齢区分

※身体障害者年齢区分(1部：39歳以下・2部：40歳以上)

※知的障害者年齢区分(少年の部：19歳以下 青年の部：20歳～35歳 壮年の部：36歳以上)

※車椅子で100m以上の競走種目に出場する競技者は、ヘルメットを着用するものとする。

※視力は「両眼の良い方の視力」で判定する。障害区分24は光を通さないアイマスクまたはアイシェードを装着する。

		No.	障害区分	競走							跳躍			投てき			
				5 m	1 m	2 m	4 m	8 m	1 m	5 m	ス ラ ロ ー ム	走 高 跳	立 幅 跳	走 幅 跳	砲 丸 投	ソ フ ト ボ ー ル 投	ジ ヤ ベ リ ツ ク ス ロ ー 投
肢体不自由	1	上肢	1 手部切断 片前腕切断、片上肢不完全 片上腕切断、片上肢完全	◎	◎							◎	◎	◎	◎	◎	◎
			2 両前腕切断、片前腕・片上腕切断 両上肢不完全	◎	◎				◎			◎	◎	◎			
			3 両上腕切断、両上肢完全	◎	◎							◎	◎	◎			
		下肢	4 片下腿切断、片下肢不完全	◎	◎							◎	◎	◎	◎	◎	◎
			5 片大腿切断、片下肢完全	◎	◎							◎	◎	◎	◎	◎	◎
			6 両下腿切断	◎	◎							◎	◎	◎	◎	◎	◎
			7 片下腿・片大腿切断 両下肢不完全	◎								◎		◎	◎	◎	◎
			8 両大腿切断、両下肢完全											◎	◎	◎	◎
		体幹	9 体幹	◎	◎							◎	◎	◎	◎	◎	◎
	2	脳原性麻痺以外で車いす使用	10 第6頸髄まで残存	◎	◎						◎						◎
			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		◎	◎		◎						◎	◎	◎	
			14 下肢麻痺で座位バランスあり		◎	◎		◎		◎				◎	◎	◎	
			15 その他の車いす			◎	◎	◎	◎					◎	◎	◎	
	3	脳原性麻痺(脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	16 四肢麻痺で車いす使用	◎							◎						◎
			17 けって移動	◎							◎						◎
			18 片上下肢で車いす使用	◎							◎				◎	◎	
			19 上肢で車いす使用	◎	◎	◎		◎	◎	◎				◎	◎	◎	
			20 その他走不能											◎	◎	◎	
			21 上肢に不随意運動を伴う走可能	◎	◎	◎		◎				◎	◎	◎	◎	◎	
			22 その他走可能	◎	◎	◎		◎				◎	◎	◎	◎	◎	
	4		23 電動車いす常用							◎							◎
視覚障害			24 視力0から0.01まで	◎	◎	◎		◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎	
			25 その他の視覚障害	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害			26 聴覚障害	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	
知的障害			27 知的障害	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	
内部障害			28 内部障害	◎				◎			◎	◎	◎	◎	◎	◎	

＜別表＞令和8年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目

2 水泳競技

◎男女別・年齢区分別 ○男女別・1部 ●男女別・2部

※身体障害者年齢区分(1部:39歳以下 2部:40歳以上)

※知的障害者年齢区分(少年の部:19歳以下 青年の部:20歳~35歳 壮年の部:36歳以上)

※視力は「両眼の良い方の視力」で判定する。

※障害区分23は光を通さないゴーグルを装着する。

※スタートは、台上、台の横からの飛び込み、または水中スタートを選択できる。

			No.	障害区分	自由形		背泳ぎ		平泳ぎ		バタフライ			
					2 5 m	5 0 m	2 5 m	5 0 m	2 5 m	5 0 m	2 5 m	5 0 m		
肢 体 不 自 由	1	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	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			5	両上腕切断、両上肢完全 片前腕・片上腕切断	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
	下肢		6	片下腿切断、片下肢不完全	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			7	片大腿切断、片下肢完全	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			8	両下腿切断、両下肢不完全	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			9	両大腿切断、両下肢完全 片下腿・片大腿切断	◎	◎	●	○	●	○	◎			
	上下肢		10	片上肢切断・片下肢切断 片上肢不完全・片下肢不完全	◎	◎	●	○	●	○	◎			
			11	多肢切断、片上肢完全・片下肢完全 両上肢不完全・両下肢不完全	◎	◎	●	○	●	○	◎			
	2	脳原性麻痺以外で車いす使用	12	体幹	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			13	第7頸髄まで残存	◎	◎	○		◎		◎			
	3		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	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			17	四肢麻痺(車いす常用)、 上肢に著しい不随意運動を伴う走不能	◎	◎	○		◎					
	脳原性麻痺 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)		18	両下肢麻痺、 上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			19	片側障害で片上肢機能全廃	◎	◎	●	○	●	○	◎			
			20	その他の片側障害で走不能	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			21	その他走可能	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			22	浮具使用	◎	◎	○		◎					
視覚障害	23	視力0から0.01まで	23	視力0から0.01まで	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
			24	その他の視覚障害	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
聴覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく機能障害			25	聴覚障害	◎	◎	●	○	●	○	●	○		
知的障害			26	知的障害	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
内部障害			28	内部障害	◎	◎	●	○	●	○	●	○		

＜別表＞令和8年度愛知県障害者スポーツ大会競技・種目

3 卓球競技

○男女別・年齢区分別 ●男女別

※身体障害者年齢区分(1部:39歳以下・2部:40歳以上)

※知的障害者年齢区分(少年の部:19歳以下 青年の部:20歳~35歳 壮年の部:36歳以上)

※「第8頸髄まで残存」には、「第6頸髄まで残存」および「第7頸髄まで残存」は出場できるものとする。

★視力・視野の程度に関わらず、アイマスクまたは、アイシェードの有無で出場を分ける。

					一般卓球	STT		
肢 体 不 自 由	1	上肢障害	1	片上肢障害	○			
			2	両上肢障害	○			
		下肢障害	3	片下腿切断、片下肢不完全	○			
			4	片大腿切断、両下腿切断 片下肢完全、両下肢不完全	○			
			5	片下腿・片大腿切断 両大腿切断、両下肢完全	○			
		体幹	6	体幹	○			
	2	脳原性麻痺以外の車椅子使用者	7	第8頸髄まで残存	○			
			8	座位バランスなし	○			
			9	その他の車いす	○			
	3	脳原性麻痺 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	10	車いす使用	○			
			11	杖または、松葉杖使用	○			
			12	上肢に不随意運動あり	○			
			13	上肢に不随意運動なし	○			
			14	片側障害	○			
視覚障害 (★)			15	アイマスク、アイシェード有り		○		
			16	アイマスク、アイシェードなし	○			
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害			17	聴覚障害	○			
知的障害			18	知的障害	○			
精神障害			19	精神障害	●			
内部障害			28	内部障害	○			

4 フライングディスク競技

◇区分なし ●男女別

	アキュラシー		ディスタンス	
	ディスリート5	ディスリート7	座位	立位
肢体不自由				
視覚障害				
聴覚障害	◇	◇	●	●
知的障害				
内部障害				

5 ボウリング競技

○男女別・年齢区分別

※知的障害者年齢区分(少年の部:19歳以下 青年の部:20歳~35歳 壮年の部:36歳以上)

	ボウリング
知的障害	○

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会出場申込書総括票

※申込人数が複数でない場合も、本表を必ずご提出ください

※人数が多い場合は本紙を複数枚提出してご記入ください

所 属	市町村・施設・学校の名称		備考 (例1: ○○○育成会) (例2: ○○FDクラブ)
	名称	○で囲みください	
	市・町・村 施設 特別支援学校・高等特別支援学校	市町村等で内訳に必要な場合のみ記入してください。	

() / () 枚

○ 担 当	担当者氏名 (フリガナ)	連絡先名称 (同上の場合は空欄可)	電話番号等 (TEL) (FAX) (E-mail) (内線:)
-------------	-----------------	----------------------	---

番号	(フリガナ) 選手氏名	性別	年齢	出場種目(□内にレを記入ください)	障害 区分 番号	選手居住 市町村名	過去大会 出場経験 (○/×)
1		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
2		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
3		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
4		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
5		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
6		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
7		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
8		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
9		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	
10		男・女		<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> ボウリング <input type="checkbox"/> 卓球		市・町・村	

※本表は電算処理をいたしますので、下記注1・2の記載方法についてご協力いただきますようお願いします。

注1: 所属の名称欄については、市町村・施設・学校等の取りまとめ、本会より取りまとめ依頼のある機関の名称のみ記入し、○○○育成会

○○FDクラブ等の記入はしないでください。

注2: 所属の備考欄は、取りまとめいただき機関内の内訳として、○○○育成会・○○FDクラブ等を必要に応じて記入してください。

注3: 障害区分番号欄については、様式県2-1~5の参加申込書に記入された障害区分の番号を記入してください。

なお、フライングディスク競技については、競技区分の番号を記入してください。

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会参加申込書

県大会・陸上

※全国大会（青森県）参加希望者は別冊の「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	名称(市町村・施設・学校名)								TEL				
									FAX				
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	日生まれ	R8.4.1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 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) 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椅子 肢体3=脳原性麻痺												
肢 体 1	1 前腕切断、片上肢不完全 片上腕切断、片上肢完全	肢 体	16	四肢麻痺で車いす使用								
			17	けって移動								
			18	片上下肢で車いす使用								
			19	上肢で車いす使用								
			20	その他走不能								
	2 前腕・片上腕切断 両上肢不完全	3 片上腕切 両上肢完全	21 22	上肢に不随意運動を伴う走可能								
				その他走可能								
				電動車いす常用								
				視力0から0.01まで								
				その他の視覚障害								
3 片下腿切 両下肢不完全	4 片大腿切 両大腿完全	23 24 25	電動車いす常用									
			視力0から0.01まで									
			その他の視覚障害									
			片下腿切 両下肢不完全									
			片大腿切 両大腿完全									
4 片下腿切 両下肢不完全	5 片大腿切 両大腿完全	26 27	電動車いす常用									
			視覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく機能障害									
			知的障害									
			片下腿切 両下肢不完全									
			片大腿切 両大腿完全									
5 片下腿切 両下肢不完全	6 片大腿切 両大腿完全	28	電動車いす常用									
			内部障害									
			片下腿切 両下肢不完全									
			片大腿切 両大腿完全									
			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 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」)												
ク 障害区分4・5・7・8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												
ト ラ ツ ク 種 目	別 表 参 照	身体	知的	コード番号・種目	別 表 参 照	身体	知的	コード番号・種目				
		★ 1	50m	跳躍種目		★ 21	走高跳					
		★ 2	100m			★ 22	立幅跳					
		★ 3	200m			★ 23	走幅跳					
		★ 4	400m									
		★ 5	800m			31	砲丸投					
		★ 6	1500m			★ 32	リフトボール投					
		★ 7	スラローム			★ 33	ジャバーリックスロー					
身体障害者の方は別表「令和8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												

● 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(1m・2m)												
※ 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。												
歩行杖等	1 枝	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 片上下肢駆動	11 電動	12 投てき台 13 ベトラ									
	義肢・補装具	14 ()										

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 障害区分24又は25の競走競技で、伴走者を同伴 ※(障害区分24の50m走競技は除く)												
2 障害区分24のハイバー競技で、競技役員による声や音響の援助を希望												
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												
4 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:)												
5 その他()												

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会参加申込書

※全国大会（青森県）参加希望者は別冊の「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						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	R8.4.1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 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												
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												
肢 体 1	1 手部切断	肢 体 3	別 表 参 照	17 四肢麻痺(車いす常用) 上肢に著しい不随意運動を伴う走不能	自 由 形 別 表 参 照 背 泳 ぎ	★ 1 25m ★ 2 50m ★ 11 25m ★ 12 50m	平 泳 ぎ バ タ フ ラ イ	★ 21 25m ★ 22 50m ★ 31 25m ★ 32 50m				
	2 片前腕切断、片上肢不完全			18 腕下肢麻痺、 上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能								
	3 片上腕切断、片上肢完全			19 片側障害で片上肢機能全廃								
	4 片前腕切断、片上肢不完全			20 その他の片側障害で走不能								
	5 片上腕切断、片上肢完全 片前腕・片上腕切断			21 その他走可能								
	6 片下腿切断、片下肢不完全											
	7 片大腿切断、片下肢完全											
	8 片下腿切断、片下肢不完全											
肢 体 2	9 片大腿切断、片下肢完全 片下腿・片大腿切断	肢 体 4	視 覚	22 浮具使用	自 由 形 別 表 参 照 背 泳 ぎ	★ 23 視力0から0.01まで ★ 24 その他の視覚障害	平 泳 ぎ バ タ フ ラ イ	★ 25 聴覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく機能障害				
	10 片上肢切断、片下肢不完全											
	11 片上肢完全・片下肢完全 両上肢不完全・両下肢不完全											
	12 体幹											
	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	知	26 知的障害	自 由 形 別 表 参 照 背 泳 ぎ	★ 27 100m ★ 28 内部障害								
16 下肢麻痺で座位バランスあり												

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 上記イ、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 別表参考 背泳ぎ	★ 1 25m ★ 2 50m ★ 11 25m ★ 12 50m	平泳ぎ バタフライ	★ 21 25m ★ 22 50m ★ 31 25m ★ 32 50m	身体障害者の方は「別表」(令和8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、合団棒での競技役員による合団を希望												
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) ※今回の大会会場のプールは飛び込みができません。												
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()												

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会参加申込書

県大会・卓球

※全国大会（青森県）参加希望者は別冊の「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

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	R8.4.1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					
									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 裸眼 矯正後 視力 右 左 左 右 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)													
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 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()													
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椅子 肢体3=脳原性麻痺													
肢 体 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9	片上肢障害 両上肢障害 片下腿切断、片下肢不完全 片大腿切断、両下腿切断 片下肢完全、両下肢不完全 片下腿・片大腿切断 両大腿切断、両下肢完全 第8頸髄まで残存 座位バランスなし その他の車いす	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	車いす使用 杖・松葉杖使用 上肢に不随意運動あり 上肢に不随意運動なし 片側障害 アイマスク、アイシェード有り アイマスク、アイシェード無し 聴覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく機能障害 知的障害 精神障害 内部障害	身体 知的 精神	★ /	★ /	★ /	1 2	一般卓球 サウンドテーブルテニス			
障 害 分 区 15	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。												

出場種目													
身体	知的	精神	コード番号・種目										
★	★	★	1	一般卓球									
障 害 分 区 15													

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 (四 肢 麻 痺 ・ 對 麻 痺)												
	頸 髄 損 傷 (座 位 バ ラン ス)												
	胸 髄 損 傷 (座 位 バ ラン ス)												
	腰 ・ 仙 髄 損 傷 (座 位 バ ラン ス)												
ウ	脳 原 性 麻 痺 で、 上 肢 に 中 度 以 上 の 不 隨 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 ア 、 工 の 障 害 で、 走 る こ と (可 能 ・ 不 可 能)												
カ	上 記 イ 、 ウ 、 工 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 (あ り ・ な し)												
ク	障 害 分 区 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 (可 能 ・ 不 可 能)												

特記事項 (下記の項目の該当する番号に必ず○印を付けてください)													
1	聴 覚 ・ 音 声 ・ 言 語 等 に 障 害 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 護 者 を 希 望												
3	(理 由 ： そ の 他 (可 能 ・ 不 可 能))												

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会参加申込書

県大会・FD

※全国大会（青森県）参加希望者は別冊の「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			
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	R8.4.1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			
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 矯正後 視力 右 左 左 右 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	アキラシーティリート・ファイフ																																																
☆	★	2	アキラシーティリート・セブン																																																
☆	★	11	ディスタンス・レディース・ティンク:座位女子																																																
☆	★	12	ディスタンス・メンズ・ティンク: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																																																
アキラシーティリートのどちらか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記入ください。 アキラシーティリートは、ファイフとセブンの両方を選択することはできません。																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">第1希望(必須)</td> <td colspan="7">第2希望(必須)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">コード番号</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">自己記録</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>													第1希望(必須)						第2希望(必須)							コード番号													自己記録												
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)												
1 左腕で投げる 2 視覚障害を有しているため、音源を必要とする 3 競技中に車いすを使用する 4 競技中に歩行補助杖を使用する 5 競技中、投げる時にいすを使用する 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 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:) 8 その他()												

令和8年度愛知県障害者スポーツ大会参加申込書

県大会・ボウ

※全国大会（青森県）参加希望者は別冊の「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	R8.4.1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 裸眼 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) 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	
1 知的障害	

出場種目											
身体		知的		コード番号・種目							
<input checked="" type="checkbox"/>		★		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()											

証明書

所属名称

氏 名

男・女(歳)

生年月日

上記の者は、下記手帳取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

(療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)
○印を付してください。

令和 年 月 日

所属名称

代表者名

印

住所	申込者の現在の住所(住民票と同じ ※注) 〒 一 愛知県					
適用	(受付日)					
	年 月 日	所長	主幹	副主幹	専門員	主事

※記載事項にある個人情報は、大会に關係する事業目的以外に使用しません。

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会

障害者スポーツ振興センター

〒461-0011

名古屋市東区白壁1-50 県社会福祉会館内

