



| | | | |
|------------------|---|---|---|
| ① 事業所(学校)名または市町名 | | 個人番号 | |
| フリガナ | | ④生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| ② 氏名 | | ③性別 | 1 男 2 女 |
| | | 年齢 | 満 歳 (平成30年4月1日現在) |
| ⑤ 現住所 | 〒 | TEL | |
| | | FAX | |
| ⑥ 身体障害者手帳 | 交付手帳 | 都道府県第 号 級 市(区) | 障害名(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) | | 視覚に障がいのある方のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。 裸眼 視力 右 左 矯正後 視力 右 左 不可 |
| ⑦ 療育手帳 | 有 | 更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 ()年()月 更新不要 | 無 知的障がいの内容確認が必要な者は、別途で関係書類を提出すること |
| 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 6 精神 | | |
| 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 障害区分 | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 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 | 脳原性麻痺 | 17 四肢麻痺(車いす常用)または、上肢に著しい不随意運動を伴う走不能 |
| | 2 片前腕切断または、片上肢不完全 | | 18 両下肢麻痺または上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能 |
| | 3 片上腕切断または、片上肢完全 | | |
| 4 両前腕切断または、両上肢不完全 | 19 片側障害で片上肢機能全廃 | | |
| 5 両上腕切断または、両上肢完全 片前腕および片上腕切断 | | | 20 その他の片側障害で走不能 |
| 下肢 | 6 片下腿切断または、片下肢不完全 | 視覚障害 | 21 その他走可能 |
| | 7 片大腿切断または、片下肢完全 | | 22 浮具使用 |
| | 8 両下腿切断または、両下肢不完全 | | 23 視力0から0.01まで |
| | 9 両大腿切断または、両下肢完全 片下腿および片大腿切断 | | |
| 上下肢 | 10 片上肢切断および片下肢切断 片上肢不完全および片下肢不完全 | 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 |
| | 11 多肢切断または、片上肢完全および片下肢完全 両上肢不完全および両下肢不完全 | | 26 知的障害 |
| 体幹 | 12 体幹 | 知的障害 | 27 精神障害 |
| 脳原性麻痺以外で車いす常用 | 13 第7頸髄まで残存 | | 精神障害 |
| | 14 第8頸髄まで残存 | | |
| | 15 下肢麻痺で座位バランスなし | 精神障害 | |
| 16 下肢麻痺で座位バランスあり | | | |

| ⑫ 出場種目 | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------|
| 別表1を確認のうえ、希望する種目・自己記録をご記入ください。 | | |
| 希望順 | 種目名 | 自己記録 |
| 第1希望 | | |
| 第2希望 | | |
| 第3希望 | | |
| リレー希望 | 有 (200mリレー・200mメドレーリレー) ・ 無 | |

| ⑪ 障害区分確認事項 | |
|--|-----|
| 障害区分1~22の方は、該当する箇所○印を付け、該当事項をご記入ください。 | |
| 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) | |
| ウ 脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障害、切断など)の方で座位バランスが (ある・ない) | |
| エ 障害区分6~11(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) | |
| オ 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) | |
| カ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限が (ある・ない) | |
| キ 脳原性麻痺で、走ることが (可能・不可能) | |
| ク 脳原性麻痺の片側障害でストロークは (両上肢・片上肢) で行う | |
| ケ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖などが) (あり・なし) | |
| 【ありの場合必ず記入して下さい】 | |
| ● 常用の補装具名 [] | |
| ● 常用でないが併用する補装具名 [] | |

| 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(障害区分11・13・17・19・22)で、スタート時に (競技役員(補助員を含む)・許可された者) による介助を希望 | |
| 3 規則上、入退水時の介助を認められている者(障害区分11・13・14・15・16・17・19・22)で、入退水時に (競技役員(補助員を含む)・許可された者) による介助を希望 | |
| 4 障害区分23・24の者で、ターンおよびゴール時に (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 障害区分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、貸出用車いすの利用を希望 | |
| 7 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 | |
| 8 視覚に障がいのある方で、点字プログラムを希望 | |
| 9 障害区分26、27の者で、情緒不安定また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 (その理由) | |
| 10 申請対象外の者で、競技エリアに介助者の入場を希望 (その理由) | |

| ⑭ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。 | |
|--|--------------------------|
| 参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。 | チェック欄 |
| 大会当日は、競技会場にテレビ、新聞報道機関が来場することが予想され、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。また、競技プログラムや普及啓発用のホームページ等に障害区分(重複障がい含む)、年齢区分、氏名、競技中の写真および競技記録等を掲載しますので、予め御了承の上、お申込みください。 | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------|---|
| 参加者が中高生の場合のみ | |
| 保護者氏名 | 印 |