



記入例

アーチェリー

① 事業所(学校)名または市町名				個人番号		取りまとめ先で記入	
フリガナ	フクイ	ユミ	③性別	④生年月日	大正・昭和・平成 9年9月30日		
氏名	福井	弓			1 男	年齢	満 20 歳 (平成30年4月1日現在)
⑤ 現住所		〒910-0002 福井市宝永2丁目4-10		TEL	0776-20-0747		
				FAX	0776-20-2153		
⑥ 身体障害者手帳	交付手帳	福井 都道府県第 0000 号 級		障害名(手帳記載のとおり)の全文			
	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)			変形性関節症による下肢機能障害 (股関節機能全廃)			
	変形性関節症(股関節)			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	不可	
		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、別添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						
⑨ 重複障がい	① 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。	
肢体不自由	1 第8頸髄まで残存
	2 その他の車いす
	3 上肢障害
	④ 下肢障害(いす、車いす使用を含む)
	5 体幹
	6 脳原性麻痺
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	7 聴覚障害
内部障害	8 ぼうこうまたは直腸機能障害

⑪ 障害区分確認事項	
障害区分1~6の方は、該当する箇所にも○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 (四肢麻痺 ・ 対麻痺)	
<input checked="" type="radio"/> ウ 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 [歩行補助杖]	
● 常用でないが併用する補装具名 [車いす]	

⑫ 出場種目	
参加希望種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録をご記入ください。	
	自己記録 600 点
1	リカーブ50m・30mラウンド
②	リカーブ30mダブルラウンド
3	コンパウンド50m・30mラウンド
4	コンパウンド30mダブルラウンド

⑬ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等にも○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1	特になし
2	障害区分1で、介助者の入場が必要 (介助内容:)
3	障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望 (その理由) _____
4	障害区分1のリカーブボウ使用者で手に補助具(リリースエイド等の発射装置)使用を希望
5	競技中に <u>車いす</u> を使用
⑥	競技中に <u>いす</u> を使用
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

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 checked="" type="checkbox"/>

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