

平成30年 月 日

香川県障害者スポーツ協会会長 殿

団体名

所属長名

印

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手(個人競技の部)の
推薦及び選考会参加申込について

このことについて、下記のとおり推薦・申込みします。

記

区分 競技	肢体不自由	視覚障害	聴覚、平衡機能障害 音声・言語・そしゃく機 能障害	知的障害	内部障害 (ぼうこう又は 直腸機能障害)	推 薦 者 数 (選考会参加申込)
陸上競技						
水 泳						
フライング ディスク						
卓 球						
アーチェリー						
ボウリング						
合 計						

様式1

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

競技ごとに別紙にして記載してください。

*該当競技を○で囲む

(1)陸上競技

(2)水泳

(3)アーチェリー

(4)卓球

(5)フライングディスク

(6)ボウリング

事務所・施設

又は学校名 _____

申込責任者 _____ 印

連絡先住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

No.	ふりがな 氏 名	性別	生年月日	年齢 学年	障害区分	出場種目 ①	出場種目 ②	リレー ○印
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

— 陸上競技 —

① 全スポ出場

(どちらかに○印をつけて下さい)

希望する

希望しない

② 事務所・施設又は学校名			
フリガナ		④性別	1 男 2 女
③氏名		⑤生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年4月1日現在) 歳
⑥ 現住所	〒	TEL	
		FAX	
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 第 種 級	障害名(手帳記載のとおり全文)
	障害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)		
	視覚に障害のある方は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○	裸眼視力 右 左 矯正後視力 右 左	視野 右 左 視野 右 左
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)		
⑨ 障害の分類	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		
⑩ 重複障害	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 ()		

⑪ 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。			
上肢	1 手部切断	(脳原性麻痺、脳性外傷、脳血管)	16 四肢麻痺で車椅子使用
	2 片前腕切断、片上肢不完全		17 けって移動
	3 片前腕切断、片上肢完全		18 片上下肢で車椅子使用
	4 両前腕切断		19 上肢で車椅子使用
下肢	5 片前腕・片上腕切断	視覚障害	20 その他走不能
	6 両前腕切断、両上肢不完全		21 上肢に不随意運動を伴う
	7 片前腕・片上腕切断		22 その他走可能
	8 両前腕切断、両上肢完全		23 電動車椅子常用
体幹	9 片下腿切断、片下肢不完全	聴覚障害	24 視力0から光覚弁まで
	10 片下腿切断、片下肢完全		25 視力手動弁から0.03まで
	11 両下腿切断		26 視野5度以内
	12 片下腿・片大腿切断		27 その他
車椅子等	13 両下腿切断、両下肢完全	知的障害	28 知的障害
	14 片下腿・片大腿切断		29 ぼうこう又は直腸機能障害
	15 両下腿切断		
	16 片下腿・片大腿切断		

⑬ 出場種目

＜別表1＞を確認のうえ、希望する種目・自己記録を下欄にご記入ください。			
50m	800m	走高跳	砲丸投
100m	1500m	立幅跳	ソフトボール投
200m	5000m	走幅跳	ジャベリックスロー
400m	4×100mリレー		ピッチャー投
⑭ 競技中に使用する補装具等 (有・無)			
障害区分1～23の方は、必ず記入してください。			
「有」の方は、番号を下欄に記入してください。※「13 その他」の場合、()に内容を記入してください。			
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)	
車椅子等	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	
競技・装具等	11 投てき台	12 ペトラ	
	13 その他		
希望順	種目名	自己記録	★競技中に使用する補装具等 番号 その他の内容
第1希望			
第2希望			
第3希望			
リ-希望	有	無	

★競技中に使用する補装具等

障害区分10～19の方は、「車椅子等」の欄の6～9,11,12から選択してください。

○ 走高跳で、希望する最初のバーの高さ () cm

○ 走幅跳の踏切板の位置 (1m ・ 2m)

⑮ 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。

- 特になし
- 障害区分24又は25の競走競技(50m走以外)で、伴走者を同伴
- 障害区分24又は25の跳躍競技で、(競技役員・許可された者)による(声・音源)の援助を希望
- 障害区分24又は25の投てき競技で、競技役員による(声・音源)の援助を希望
- 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)

⑫ 障害区分確認事項

障害区分1～23の方は、該当する箇所に○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 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 ウ・エの障害で、走ることが(可能・不可能)
- カ イ・ウ・エ以外の車椅子使用(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が(あり・なし)
- キ 日常生活で使用している補装具(装具・車椅子・杖など)が(あり[補装具名]・なし)
- ク 障害区分4・5・7・8(切断は除く)で、片足または両足で装具なしで立つことが(可能・不可能)

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

— 水 泳 —

① 全スポ出場

(どちらかに○印をつけて下さい)

希望する

希望しない

② 事務所・施設又は学校名

フリガナ
③ 氏名

④ 性別

1 男
2 女

⑤ 生年月日
年齢

昭和・平成 年 月 日
(平成30年4月1日現在) 歳

⑥ 現住所

〒 TEL FAX

⑦ 身体障害者手帳

交付手帳 都道府県第 号 第 種 級
障害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)

障害名(手帳記載のとおり全文)

視覚に障害のある方は必ず記入
矯正できないときは「不可」に○
裸眼 視力 右 左 視野 右 左 不可
矯正後 視力 右 左 視野 右 左

⑧ 療育手帳

有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)

⑨ 障害の分類

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

⑩ 重複障害

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 ()

⑪ 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。

上肢	1	手部切断	脳原性麻痺	17	四肢麻痺(車椅子常用)
	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
下肢	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	視覚障害	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		23	その他
	8	片大腿切断、片下肢完全		24	浮具使用
	9	両下腿切断、両下肢不完全		25	視力0から光覚弁まで
上下肢	10	片大腿切断、片下肢完全		26	視力手動弁から0.03まで
	11	両大腿切断、両下肢完全		27	視野5度以内
	12	片下腿・片大腿切断	知的障害	28	その他
	13	片上肢切断・片下肢切断			
体幹	14	片上肢不完全・片下肢不完全			
	15	多肢切断			
	16	片上肢完全・片下肢完全	聴覚障害		
	17	両上肢不完全・両下肢不完全			
用外脳で原性車椅子使用	18	体幹			
	19	第7頸髄まで残存			
	20	第8頸髄まで残存			
	21	座位バランスなし			
	22	座位バランスあり			

⑫ 障害区分確認事項

障害区分1～22の方は、該当する箇所に○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 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 ウ・エの障害で、走ることが(可能・不可能)
カ 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
キ イ・ウ・エ以外の車椅子使用(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が(あり・なし)
ク 日常生活で使用している補装具(装具・車椅子・杖など)が(あり[補装具名]・なし)
ケ 障害区分6～11(切断は除く)で、片足または両足で装具なしで立つことが(可能・不可能)

⑬ 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		
リレ希望	有・無	
自由形	25m 50m	平泳ぎ 25m 50m
背泳ぎ	25m 50m	バタフライ 25m 50m
200mリレー		200mメドレーリレー

⑭ 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。

- 特になし
- 入退水時に(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による補助を希望
- 規則上スタート時の補助を認められている者で、(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による補助を希望
- 障害区分23から25であり、ターンやゴールの際合図棒での(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による合図を希望
- 障害区分22の方は使用する浮具の種類()
- プールサイドでの移動のために、貸出用車椅子の利用を希望
- 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)

様式2-3

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

— アーチェリー —

① 全スポ出場

(どちらかに○印をつけて下さい)

希望する

希望しない

② 事務所・施設又は学校名										
フリガナ				④ 性別	1 男 2 女	⑤ 生年月日	昭和・平成 年 月 日			
③ 氏名						年齢	(平成30年4月1日現在) 歳			
⑥ 現住所	〒						TEL			
							FAX			
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 第 種 級		障害名(手帳記載のとおり全文)						
	障害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)									
	視覚に障害のある方は必ず記入			裸眼	視力	右	左	視野	右	左
	矯正できないときは「不可」に○			矯正後	視力	右	左	視野	右	左
									不可	
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) _____ 無 (取得の対象に準ずる方を含む) _____									
⑨ 障害の分類	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									
⑩ 重複障害	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 ()									

⑪ 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。

肢体不自由	脳原性麻痺以外で車椅子常用	1	第8頸髄まで残存
		2	その他の車いす
	切断・機能障害	3	上肢障害
		4	下肢障害(椅子、車椅子使用を含む)
		5	体幹
	脳原性麻痺	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	ぼうこう又は直腸機能障害

⑫ 障害区分確認事項

障害区分1～6の方は、該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。

ア 切断 (部位)

イ 背髄損傷 (四肢麻痺・対麻痺)

ウ 日常生活で使用する補装具(装具・車椅子・杖など)が (あり[補装具名 車椅子・コルセット] ・ なし)

⑬ 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	
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

⑭ 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 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 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、車椅子を使用

6 競技中、椅子を使用

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

— 卓球 (STT) —

① 全スポ出場

(どちらかに○印をつけて下さい)

希望する

希望しない

② 事務所・施設又は学校名			
フリガナ		④ 性別	1 男 2 女
氏名		⑤ 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年4月1日現在) 歳
⑥ 現住所	〒	TEL	
		FAX	
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 第 種 級 市(区)	障害名(手帳記載のとおり全文)
	障害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)		
	視覚に障害のある方は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○	裸眼 視力 右 左 矯正後 視力 右 左	視野 右 左 視野 右 左
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)		
⑨ 障害の分類	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		
⑩ 重複障害	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 ()		

⑪ 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。				
上肢	1 片上肢障害 2 両上肢障害	脳 原 性 麻 痺	10 車椅子使用 11 杖・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	
下肢	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		視 覚 障 害	15 視力0から0.03まで 視野5度以内 16 その他
	5 (片下腿・片大腿切断) 両大腿切断、両下肢完全			
体幹	6 体幹		し 語 障 害 や 聴 覚 ・ 視 覚 ・ 平 衡 ・ 音 声 ・ 言 語 ・ そ しゃ く 機 能 障 害 そ の 他	17 聴覚障害
で 脳 原 性 車 椅子 使用 以外	7 頸髄損傷 8 座位バランスなし 9 その他	知 的 障 害		18 知的障害

⑫ 障害区分確認事項	
障害区分1～14の方は、該当する箇所に○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 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 ウ・エの障害で、走ることが	(可能・不可能)
カ イ・ウ・エ以外の車椅子使用(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 日常生活で使用する補装具(装具・車椅子・杖など)が	(あり[補装具名]・なし)
ク 障害区分3～5(切断は除く)で、片足または両足で装具なしで 立つことが	(可能・不可能)

⑬ 出場種目	
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」の部門に○印を付けてください。	
1	一般卓球(肢体(立位・座位)・視覚・聴覚・知的・精神)
2	サウンドテーブルテニス
⑭ 競技中に使用する補装具等 (有・無)	
障害区分1～14の方は、必ず記入してください。 「有」の方は該当するものを○で囲んでください。	
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)
車椅子等	6 両手駆動 7 片手駆動
義肢・装具等	8 ()

⑮ 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 試合中のボールパーソンを希望 ※STT出場選手は必ず○印を付けてください。	
3 競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車椅子を使用	
4 聴覚、音声・言語等に障害のある方で (手話通訳・要約筆記)を希望	
5 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)	

様式2-5

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

－ フライングディスク －

① 全スポ出場 (どちらかに○印をつけて下さい)		希望する 希望しない	
② 事務所・施設又は学校名			
フリガナ ③ 氏名		④ 性別 1 男 2 女	⑤ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 (平成30年4月1日現在) 歳
⑥ 現住所	〒		TEL FAX
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 第 種 級 市(区)	
	障害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)		
	障害名(手帳記載のとおり全文)		
視覚に障害のある方は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○		裸眼 視力 右 左 矯正後 視力 右 左	視野 右 左 不可
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)		
⑨ 障害の分類	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		
⑩ 重複障害	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()		

⑪ 出場種目	
参加希望種目をアキュラシー及びディスタンスから1種目ずつ選択し、番号に○印を付け、自己記録をご記入ください。	
【アキュラシー】	
1	ディスリート・ファイブ
2	ディスリート・セブン
自己記録	
(	投)
【ディスタンス】	
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
自己記録	
(	m cm)

⑫ 競技区分	
参加希望する番号に○印を付けてください。	
1	座 位
2	立 位

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 左腕で投げる 3 視覚障害を有しているため、音源を必要 4 競技中に車椅子を使用 5 競技中に歩行補助杖を使用 6 競技中、投げる時に椅子を使用 7 競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車椅子を使用 8 聴覚、音声・言語等に障害のある方で (手話通訳 ・ 要約筆記) を希望 9 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)

様式2-6

第18回全国障害者スポーツ大会派遣選手推薦書兼選考会参加申込書

— ボウリング —

① 全スポ出場 (どちらかに○印をつけて下さい)		希望する 希望しない	
② 事務所・施設又は学校名			
フリガナ ③ 氏名		④ 性別 1 男 2 女	⑤ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (平成30年4月1日現在) 歳
⑥ 現住所	〒		TEL FAX
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 市(区)	号第種級
	障害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)		
	障害名(手帳記載のとおり全文)		
	視覚に障害のある方は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○		
	裸眼	視力	右 左 視野 右 左 不可
	矯正後	視力	右 左 視野 右 左 不可
⑧ 療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)		
⑨ 障害の分類	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		
⑩ 重複障害	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 ()		

⑪ 自己記録	
アベレージをご記入ください。	
	点

⑫ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付けてください。	
1 特になし	
2 競技中に車椅子を使用	
3 競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車椅子を使用	

⑬ シューズ・ボールについて	
下記の項目の該当する番号に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
シューズについて	
1	持参する
2	借用を希望する (希望者はサイズを記入) 【サイズ (cm)】
ボールについて	
1	持参する 【 個】
2	借用を希望する (希望者は重さを記入) 【重 さ (ボンド)】
※ハウスシューズ、ハウスボールの数に限りがあり、希望のサイズのシューズ、希望の重さのボールを準備できない場合があります。 シューズ・ボールをお持ちの方はできる限り持参されますようお願いいたします。	