

様式1

## 第19回香川県障害者スポーツ大会申込書

事務所・施設又は学校名

印

記載責任者

連絡先 ( ) -

申込人数 (リレーのみの方も含む。)	人	
リレーの申込 (どちらかに○印をしてください。)	有	無

### 種目内訳表

競技 No.	競技種目	申込者数	障害別				
			肢体	視覚	聴覚	内部	知的
1	50m						
2	100m						
3	200m						
4	400m						
5	800m						
6	1500m						
7	スラローム						
8	走高跳						
9	立幅跳						
10	走幅跳						
11	砲丸投						
12	ソフトボール投						
13	ジャベリックスロー						
14	ビーンバッグ投						
15	FD／ディスタンス立位						
16	FD／ディスタンス座位						
17	FD／アキュラシー5m						
18	FD／アキュラシー7m						
	リレー						
	うちリレーのみ出場者						
	計						



様式3

第19回香川県障害者スポーツ大会《4×100mリレー申込書》

事務所・施設又は学校名 \_\_\_\_\_

チーム名 \_\_\_\_\_

人数	障 害	性別	氏名(フリガナ)	年齢	障害区分	参考記録(100m)
1	身体 知的	男 女				
2	身体 知的	男 女				
3	身体 知的	男 女				
4	身体 知的	男 女				
5	身体 知的	男 女				
6	身体 知的	男 女				

※ 所属事務所、施設、学校から、2チームまで出場できる。

但し、申込み多数の場合は、調整することがある。

※ 1チームの申込み人数は6名までとする。(その内、補欠は2名までとする。)

※ 性別、年齢、障害区分を問わない。

※ 障害区分、性別は、いずれかに○をすること。

※ 障害区分を記入すること。

※ 組合わせの関係上、参考記録を記入すること。

※ 当日の選手の変更は認めない。

※ 走者順は、オーダー表により決定する。

オーダー表の提出は12時までに受付(投函箱)へ提出すること。

年齢区分	身体	39歳以下	1部	知的	19歳以下	A
		40歳以上	2部		20歳～35歳	B
					36歳以上	C

① 事務所・施設又は学校名

フリガナ  
② 氏名

③ 性別 男・女

④ 生年月日 昭和・平成 年 月 日  
年齢 (平成30年4月1日現在) 歳

⑤ 現住所 〒 TEL FAX

⑥ 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 不可  
矯正できないときは「不可」に○ 矯正後 視力 右 左 視野 右 左

⑦ 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)

⑧ 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

⑨ 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( )

⑩ 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	16	四肢麻痺で車いす使用		
		片前腕切断、片上肢不完全		17	けて移動	
	片上腕切断、片上肢完全	18		片上下肢で車いす使用		
	両前腕切断	19		上肢で車いす使用		
下肢	2	片前腕・片上腕切断	20	その他走不能		
		両上肢不完全		21	上肢に不随意運動を伴う走可能	
	両上腕切断、両上肢完全	22		その他走可能		
	片下腿切断、片下肢不完全	23		電動車いす常用		
両下腿切断	24		視力0から0.01まで			
体幹	7	片下腿・片大腿切断	25	その他の視覚障害		
		両下肢不完全		26	聴覚障害	
	両大腿切断、両下肢完全	27			知的障害	
車椅子使用以外	9	体幹	28	ぼうこう又は直腸機能障害		
		第6頸髄まで残存		29	知的障害	
		第7頸髄まで残存			30	内部障害
		第8頸髄まで残存				31
下肢麻痺で座位がうなし	32	知的障害				
下肢麻痺で座位がうしあり		33	内部障害			
その他の車椅子	34		ぼうこう又は直腸機能障害			

⑫ 出場種目  
〈別表1〉を確認のうえ、希望する種目・自己記録を下欄にご記入ください。

陸上競技

50m	800m	走高跳	砲丸投
100m	1500m	立幅跳	ソフトボール投
200m	500m	走幅跳	ジャバリックロー
400m	4×100mリレ		ビーバッグ投

フライングディスク

ディスタンス立位	ディスタンス座位
アキュラシー5m	アキュラシー7m

希望順	種目名	自己記録	障害区分
第1希望			
第2希望			
ル-希望	有・無		

⑪ 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・刈麻痺)  
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(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)

⑬ 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	
義肢・装具等	11 その他( )		

★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。

⑭ 氏名・記録・写真等のホームページ等への掲載  
\*必ず、どちらかに○印をしてください。

可 ・ 否

\* 年齢は、平成30年4月1日現在で記入すること。  
\* 年齢区分(申込書右上の枠内)は、該当する区分に○をつけること。  
\* 障害名は、障害者手帳記載のとおり記入すること。  
あわせて原疾患名を記入すること。