

第29回三重県障がい者スポーツ大会フライングディスク参加申込書(総括表)

市町もしくは団体名			
参加人数	選手( )名	・	その他の来場者( )名
	来場者が無しの場合は、「0」と記入してください。		
責任者連絡先 所属・名前 (担当者)	住所 〒		
	名前	TEL	FAX
緊急連絡先	住所 〒		
	名前	TEL	
交通手段	1. 貸切バス( )台 2. 乗用車( )台 3. マイクロバス( )台		
	4. 車いす対応乗用車( )台 5. 公共交通機関利用( )名		
	6. 送迎バス : 津駅西口 ~ 三重県身体障害者総合福祉センター		
	(車いす使用者 名、その他 名)		

送迎バス申込者 ※送迎バスを希望の方は記入してください。(付き添いや家族等も含まれます。)

	送迎バス申込者名	車いす使用の有無		送迎バス申込者名	車いす使用の有無
1		有 無	11		有 無
2		有 無	12		有 無
3		有 無	13		有 無
4		有 無	14		有 無
5		有 無	15		有 無
6		有 無	16		有 無
7		有 無	17		有 無
8		有 無	18		有 無
9		有 無	19		有 無
10		有 無	20		有 無

4/10(金)締切、FAX不可

様式2

第29回三重県障がい者スポーツ大会フライングディスク参加申込書(個人票)

団体名						
フリガナ			性別	1 男 2 女	保護者名	参加者が未成年の場合のみ
名前						
生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日	年齢区分	1部(19歳以下)、2部(20~39歳) 3部(40~59歳)、4部(60歳以上)
	(令和8年4月1日現在)				歳	
現住所	〒				TEL	
					FAX	
全スポ選考会希望の有無	希望する(2種目出場必須) ・ 希望しない					
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 市(区)			障がい名(手帳記載のとりの全文)	
		第	号	第	種	級
	障がいの原因となっている傷病名等					
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)		
精神保健福祉手帳	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)		
障がいの分類	1、肢体 2、視覚 3、聴覚・平衡、音声・言語、そしやく機能障がい 4、知的 5、精神 6、内部(ぼうこう・直腸機能障がい) 7、内部(ぼうこう・直腸機能障がい以外の内部障がい)					
重複障がい	0、無 1、肢体 2、視覚 3、聴覚・平衡、音声・言語、そしやく機能障がい 4、知的 5、精神 6、内部(ぼうこう・直腸機能障がい) 7、内部(ぼうこう・直腸機能障がい以外の内部障がい)					

競技区分	
参加を希望する区分の番号に○印を付けてください。	
1	座 位
2	立 位

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、コード番号に○印を付けご記入ください。	
コード番号・種目	
ディスタンス	
11	レディース・シットング / 座位女子
12	メンズ・シットング / 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
アキュラシー	
1	ディスリート5
2	ディスリート7

特記事項	
下記の項目の該当する番号に○印を付けてください。	
1	特になし
2	左腕で投げる
3	視覚障がい有しているため、音源が必要
4	競技中に車いすを使用
5	競技中に歩行補助杖を使用
6	競技中に投げるときいすを使用
7	競技では車いすを使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用
8	聴覚・音声・言語等に障がいのある方で手話通訳を希望
9	聴覚・音声・言語等に障がいのある方で要約筆記を希望

注意事項

障害者手帳(身体障害者手帳)の記入について  
 県障がい者スポーツ大会運営及び、全国障害者スポーツ大会の選手選考の目的以外には使用しませんので、ご協力よろしくお願ひします。  
 また、記入されていない方につきまして、電話にて確認を行う事があることをご了承ください。  
 全国障害者スポーツ大会出場選手に選ばれた方には、改めて事務局から連絡をさせていただきます。