



①	事業所(学校)名または市町名											
②	フリガナ		③	性別	1 男 ・ 2 女							
②	氏名		④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日							
				年齢	満 歳 (令和8(2026)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のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。			
				視力	裸 眼	右		左		不可		
				矯正後	右		左					
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				
⑧	障害の分類	1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしやく機能 4 知的 5 内部 6 精神										
⑨	重複障害	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしやく機能 4 知的 5 内部 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	手節切断	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	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			
	3	片上腕切断または、片上肢完全		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
	4	両前腕切断または、両上肢不完全			
下肢	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	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	19	片側障害で片上肢機能全廃
	6	片下腿切断または、片下肢不完全		20	その他の片側障害で走不能
	7	片大腿切断または、片下肢完全		21	その他走可能
	8	両下腿切断または、両下肢不完全		22	浮具使用
	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	視覚障害	23	視力0から0.01まで
	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		24	その他の視覚障害
体幹	12	体幹	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
車外脳 いです 常用 性麻痺 以	13	第7頸髄まで残存	知的障害	26	知的障害
	14	第8頸髄まで残存			
	15	下肢麻痺で座位バランスなし			
	16	下肢麻痺で座位バランスあり			

⑫ 出場種目		
＜別表1＞を確認の上、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 (4×50mリレー・4×50mメドレーリレー) ・ 無		

<div> <div>⑬ 特記事項</div> </div>	
下記の該当する番号や項目等に○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 (許可された者・競技役員(補助員を含む)) 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 (許可された者・競技役員(補助員を含む)) 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 (許可された者・競技役員(補助員を含む)) 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	ブ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・言語等に障害のある者で (手話通訳・手書き要約筆記) を希望
8	視覚に障害のある方で、点字プログラムを希望
9	障害区分26の者および同等の障害を重複する者で、 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)

⑪ 障害区分確認事項

「障害区分1～22の方」は、該当する箇所には○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** 受傷部位 （ 第7頸髓以上 ・ 第8頸髄 ）
胸髄 ・ 腰髄以下
麻痺の程度 （ 完全 ・ 不完全 ）
座位バランス （ ある ・ ない ）
頭髄の場合 ①肘関節伸展と手関節掌屈が （ できる ・ できない ）
②把持能力が （ ある ・ ない ）
- 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** （ ある ・ ない ）

【ある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 []

<p align="center">⑭ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。</p>	
<p>参加申込書類が提出された時点で、下記について同意があったものとして取扱います。</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<p>第25回全国障害者スポーツ大会選手選考のために使用します。また、選考された場合、大会期間中は、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、大会プログラム、会場内結果速報及びホームページや、大会の記録として、報告書、三重県身体障害者総合福祉センターホームページ、三重県障がい者スポーツ支援センターホームページ、三重県のホームページ及び三重県障がい者スポーツ協会だよりに大会時の写真、競技結果、障害区分、名前、性別、年齢区分等を掲載しますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。</p>	
<p align="right">チェック欄</p>	