

第18回 鹿児島県障害者スポーツ大会参加申込書（個票）

1 所属名 介助者名 氏名 (続柄) 住所 (連絡先)
2 フリガナ 性別 1 男 2 女 生年月日 昭和・平成 年 月 日 氏名 年齢 令和6年4月1日現在(歳)
3 現住所 〒 ☎ Fax
4 身体障害者手帳 交付手帳 県・市 第 号 級 障害の原因となっている傷病名等(具体的に)
視覚に障害のある方のみ記入 裸眼 視力 右 左 矯正後 視力 右 左 矯正不可
療育手帳 交付手帳 県・市 第 号 A1・A2・B1・B2・その他
競技する障害の分類 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
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

5 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。
1 手部切断
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
4 両前腕切断または、両上肢不完全
5 両上腕切断または、両上肢完全
6 片下腿切断または、片下肢不完全
7 片大腿切断または、片下肢完全
8 両下腿切断または、両下肢不完全
9 両大腿切断または、両下肢完全
10 片上肢切断および片下肢切断
11 片上肢不完全および片下肢不完全
12 体幹
13 第7頸髄まで残存
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
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
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
19 片側障害で片上肢機能全廃
20 その他の片側障害で走不能
21 その他走可能
22 浮具使用
23 視力0から0.01まで
24 その他の視覚障害
25 聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害
26 知的障害

7 出場種目
希望順 出場種目
種目名 自己記録
第1希望
第2希望

8 特記事項
以下の項目に該当する場合、○印を付けてください。
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(競技役員(補助員含む)・許可されたもの)による介助希望
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(競技役員(補助員含む)・許可されたもの)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(競技役員(補助員含む)・許可されたもの)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 聴覚障害者の方は必ず○印を付けてください。

6 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・脳原性麻痺以外の車いす使用
脊髄損傷 受傷部位(頸髄・胸髄・腰髄以下)
麻痺の程度(完全・不完全)
座位バランス(あり・なし)
頸髄の場合把持能力が(あり・なし)
ウ 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)
エ 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)
オ 脳原性麻痺で上肢の関節可動域に制限が(ある・ない)
カ 脳原性麻痺で走ることが(可能・不可能)
キ 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
ク 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ください】
●常用の補装具名[]
●常用でないが併用する補装具名[]
前回の参加状況 前回の第17回鹿児島県障害者スポーツ大会に(出場した・出場していない)
来年の全国大会参加意向 2024年度 第23回佐賀大会に選出された場合(参加する・辞退する)

参加申し込み書類が提出された時点で、以下の掲載について同意があったものとして取り扱います。
健康管理については、自己の責任において行うこと。
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発用のホームページ等に障害区分(重複障害含む)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等を掲載します。
心疾患のある方は、主治医の「診断書又は意見書」を別途提出ください。
チェック欄

※ 2024年佐賀大会における鹿児島県選手団派遣日程は、2024年10月24日(木)~29日(火)の5泊6日間です。
※ 上記全国大会における選手本人の宿泊費・旅費等は、鹿児島県が負担する予定です。