

第 20 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		住所 (連絡先)			
2	フリガナ	性別	1 男	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	氏 名		2 女	年齢	令和8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		
		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	
	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。

上肢	1	手部切断 片前腕切断または、片上肢不完全 片上腕切断または、片上肢完全	脳 原 性 麻 痺	16	四肢麻痺で車いす使用		
	2	両前腕切断または、片前腕及び 片上腕切断両上肢不完全		17	けって移動		
				18	片上下肢または、片上肢で車いす使用		
下肢	3	両上腕切断または、両上肢完全	聴覚・平 衡機能 障害、音 声・言 語・そ しゃく機 能障害	19	上肢で車いす使用		
	4	片下腿切断または、片下肢不完全		20	その他走不能		
				21	上肢に不随意運動を伴う走可能		
				22	その他走可能		
体幹	5	片大腿切断または、片下肢完全	視覚障害	23	電動車いす常用		
	6	両下腿切断		24	視力0から0.01まで		
	7	片下腿及び片大腿切断両下肢不完全		25	その他の視覚障害		
	8	両大腿切断または、両下肢完全					
使用車原 因性麻 痺以外	9	体幹	聴覚・平 衡機能 障害、音 声・言 語・そ しゃく機 能障害	26	聴覚障害		
	10	第6頸髄まで残存		知的障害	27	知的障害	
	11	第7頸髄まで残存			内部障害	28	ぼうこう又は直腸機能障害
	12	第8頸髄まで残存					
	13	下肢麻痺で座位バランスなし					
	14	下肢麻痺で座位バランスあり					
	15	その他の車いす					

7 出場種目

希望順	出場種目		競技中に使用する補装具等	
	種目名	自己記録	番号	その他
第1希望				
第2希望				
競技中に使用する補装具等 (有・無)				
有・無を必ず記入してください。				
「有」の方は、番号を上欄に記入してください。				
「その他」の場合、上記その他欄に内容を記入してください。				
障害区分10～19の方は、「車いす等」の欄の6～10、12,13から選択してください。				
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)		
車いす等	6 両手駆動	7 片手駆動	8 足駆動(前向)	
	9 足駆動(後向)	10 片上下肢駆動	11 電動	
	12 投てき台	13 レーサー	14 椅子	
競技補装具	15 その他()			

6 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 受傷部位 (頸髄 ・ 胸髄 ・ 腰髄以下)
麻痺の程度 (完全 ・ 不完全)
(四肢麻痺 ・ 両下肢麻痺)
座位バランス (あり ・ なし)
頸髄の場合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4・5・7・8(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 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〔

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。

- ア 聴覚障害者の方は必ず○印を付けてください。
1. 手話通訳者が必要 2. 要約筆記者が必要 3. 情報保障は不要
- イ 障害区分24、25の区分で、競技中伴走者を同伴する(50m音響走を除く)
- ウ 競技規則上、競技場内に同伴する介助者を希望する。

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。

チェック欄

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。
団体競技の九プロ予選会参加選手は、全国大会の選考から除外する。

前回の参加状況	前回の第19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	2026年度 第25回青森大会に選出された場合 (参加する ・ 辞退する)
県障害者スポーツ大会当日の駐車場の希望について	(陸上・FDの方のみ) (希望する ・ 希望しない)

※ 2026年青森大会における鹿児島県選手団派遣日程は、2026年10月21日(水)～26日(月)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。