

第26回長野県障がい者スポーツ大会 参加申込書

					本人記入日：令和 8年 月 日		
フリガナ			年齢	2026年4月1日現在 満 歳		性別	男・女
氏名				昭和・平成 年 月 日			
住所	_____ 郡・市 _____ 町・村 _____						
電話番号 (日中連絡がつく番号)	-		-				
所属施設 団体・学校名							
出場競技 (複数参加可)	陸上競技 水泳 アーチェリー 卓球 フライングディスク ボッチャ ボウリング (身体のみ) (身体のみ) (知的のみ)						
障がい区分	出場する障がい区分 に○をつけてください		身体障がい ・ 知的障がい ・ 精神障がい				
	身体障害者 手帳	等級	1級 2級 3級 4級 5級 6級				
		障がい名 (手帳の記載を転記)					
	知的 (療育手帳)		A1 A2 B1 B2 申請中 手帳なし (準ずる障がいがある)				
	精神障害者 保健福祉手帳		1級 2級 3級 手帳なし (準ずる障がいがある)				
	重複 障がい	肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 その他( )					
手話通訳	<input type="checkbox"/> 希望する		要約筆記		<input type="checkbox"/> 希望する		
車いす使用	<input type="checkbox"/> 競技中に使用 <input type="checkbox"/> 移動時のみ(競技中は使用しない)						
全障スポ (2027宮崎 大会)への 出場希望	<input type="checkbox"/> 希望する (参加選手は、障がい者団体やスポーツ関係者からなる選考委員会で決定されます) (2027宮崎大会に出場した方も、2028信州やまなみ全障スポの出場は可能です)						
	複数の県大会(競技)に出場する方は、全国大会希望優先順位を記入してください						
	第1希望の競技					第2希望の競技	
信州やまなみ 全障スポ (2028)への 出場希望	令和10年(2028年)に、長野県で第27回全国障害者スポーツ大会「信州やまなみ全障スポ」を開催します。選手選考の方法については今後決定されますが、現時点での出場意思について当てはまるものを選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 出場したい		<input type="checkbox"/> 出場するつもりはない			<input type="checkbox"/> 未定	
<p>【全障スポ2027宮崎大会に参加希望の方はご確認ください】</p> <p>① 全国障害者スポーツ大会は、5泊6日の集団行動となります。</p> <p>② 10月の大会までに、4回の練習会(1回は1泊2日)への参加が必要です。</p> <p>③ 開催地(宮崎県)までは飛行機及びバスを利用しての移動となる予定です。</p> <p>④ 大会開催期間中の宿泊は相部屋となる場合があります。</p> <p>全国障害者スポーツ大会の申込みには、以下の書類が必要となります。</p> <p>【身体障がい】身体障害者手帳の写し</p> <p>【知的障がい】療育手帳の写し (手帳がない場合は、①児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書の写し ②医師の診断書 ③在籍(在学・通所・入所)又は卒業(退所)先の所属長による証明書のいずれか)</p> <p>【精神障がい】精神障害者保健福祉手帳の写し (手帳がない場合は、自立支援医療(精神通院医療)受給者証の写し)</p>							
事務処理欄	ゼッケン						

# 1 陸上競技

参加種目	出場は1人1種目です。ただし、個人種目とは別にリレー種目に出場が可能です。					
	<input type="checkbox"/> 50m <input type="checkbox"/> 100m <input type="checkbox"/> 200m <input type="checkbox"/> 400m <input type="checkbox"/> 800m <input type="checkbox"/> 4×100mリレー(男女混合)	<input type="checkbox"/> 1500m <input type="checkbox"/> スラローム <input type="checkbox"/> 走高跳 <input type="checkbox"/> 立幅跳 <input type="checkbox"/> 走幅跳	<input type="checkbox"/> 砲丸投 <input type="checkbox"/> ソフトボール投 <input type="checkbox"/> ジャベリックスロー <input type="checkbox"/> ビーンバック投	チーム名 <span style="background-color: yellow; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>		
障害区分	障害区分が今回から変更になっています(旧区分も参考にしてください) 該当する区分に「チェック」してください					
	肢体不自由	チェック 番号分 旧区分 障害区分				
肢体不自由	1	上肢	<input type="checkbox"/>	1	2 3	両前腕切断または、片前腕および片上肢切断 両上肢不完全 両上腕切断または、両上肢完全
			<input type="checkbox"/>	2	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
		下肢	<input type="checkbox"/>	3	7 8	両大腿切断または、両下肢完全 片大腿切断および片下腿切断 片下肢完全および片下肢不完全
			<input type="checkbox"/>	4	5	片大腿切断または、片下肢完全
			<input type="checkbox"/>	5	4 6 7	片下腿切断または、片下肢不完全 両下腿切断または、両下肢不完全
	体幹	<input type="checkbox"/>	6	9	体幹または低身長	
	2	車いす 脳原性 麻痺 以外 使用で	<input type="checkbox"/>	7	10	第6頸髄まで残存
			<input type="checkbox"/>	8	11 12	第7頸髄まで残存 / 第8頸髄まで残存
			<input type="checkbox"/>	9	13	下肢麻痺で座位バランスなし
			<input type="checkbox"/>	10	14 15	その他の車いす使用
	3	脳原性 麻痺	<input type="checkbox"/>	11	16 17	四肢麻痺で車いす使用 / けって移動
			<input type="checkbox"/>	12	18	片上下肢または片上肢で車いす使用
			<input type="checkbox"/>	13	19	上肢で車いす使用
			<input type="checkbox"/>	14	20	その他走不能
			<input type="checkbox"/>	15	21	上肢に不随意運動を伴う走可能
	<input type="checkbox"/>	16	22	その他走可能		
	4	<input type="checkbox"/>	17	23	電動車いす常用	
<input type="checkbox"/>		18	24	視力0から0.01まで <input type="checkbox"/> 伴走あり (50m除く)		
視覚障害	<input type="checkbox"/>	19	25	その他の視覚障害		
聴覚、平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	<input type="checkbox"/>	20	26	聴覚障害		
知的障害	<input type="checkbox"/>	21	27	ダウン症 →→ 別紙「自己申告チェックシート」に記入願います		
	<input type="checkbox"/>	22	27	その他の知的障害		
内部障害	<input type="checkbox"/>	23	28	ぼうこう又は直腸機能障害		