

フリガナ 氏名			性別	1 男	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
				2 女	年齢	満 歳 (2019年4月1日現在)	
現住所	〒				TEL		
					FAX		
					メール		
身体障害者 手帳	交付手帳	都道府県第 号 第 種 級 市(区)		障がい名(手帳記載のとおり全文)			
	障がい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)						
	視覚に障がいのある方のみ記入 矯正できないときは「不可」に○		裸眼	視力	右	左	視野
		矯正後	視力	右	左	視野	右 左
						不可	
療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 判定年月日 年 月 日 (次の判定年月日 年 更新不要)			無	知的障がいの内容確認が必要な者は、別添で関係書類を提出すること	
障がいの分類	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						
重複障がい	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 7 その他()						

障がい区分						
主たる障がいの該当する番号1つのみに○印を付けてください。						
肢体不自由	上肢	1	手部切断	脳原性麻痺 肢体不自由	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		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
		3	片上腕切断または、片上肢完全		19	片側障がいにて片上肢機能全廃
		4	両前腕切断または、両上肢不完全		20	その他の片側障がいにて走不能
		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		21	その他走可能
	下肢	6	片下腿切断または、片下肢不完全		22	浮具使用
		7	片大腿切断または、片下肢完全		23	視力0から0.01まで
		8	両下腿切断または、両下肢不完全		24	その他の視覚障がい
		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		25	聴覚障がい
	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		26	知的障がい
		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			
	体幹	12	体幹			
	脳原性麻痺	13	第7頸椎まで残存			
		14	第8頸椎まで残存			
		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			

出場希望種目		
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		
リレー希望	有 (200mリレー・200mメドレーリレー)・無	

特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○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(障がい区分11・13・17・19・22)で、スタート時に(競技役員(補助員を含む)・許可された者)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(障がい区分11・13・14・15・16・17・19・22)で、入退水時に(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による介助を希望
4	障がい区分23・24の者で、ターンおよびゴール時に(競技役員(補助員を含む)・許可された者)による合図棒等でのタッピングを希望
5	障がい区分22の者は使用する浮具の種類()
6	プ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・言語等に障がいのある者で、(手話通訳・手書き要約筆記)を希望
8	視覚に障がいのある者で、点字プログラムを希望
9	障がい区分26の者および同等の障がいを重複する者で、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の入場を希望(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)

障がい区分確認事項	
障がい区分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	麻痺の程度 (完全・不完全) 頸髄損傷 (四肢麻痺・対麻痺) 頸髄損傷で座位バランス (あり・なし) 胸髄損傷で座位バランス (あり・なし)
ウ 脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障がい、切断など)の方で、座位バランスが(ある・ない)	
エ 障がい区分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がいにてストロークは(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(あり・なし)	
【ありの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	[]

申し込みにあたって、チェックをお願いします。	
参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。	
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がい区分(重複障がい含む)、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真及び競技記録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。	<input type="checkbox"/> チェック欄