

第20回 くまもと障がい者スポーツ大会個人競技参加申込書

2 水 泳

※事務局使用欄													
① 選手団名		② フリガナ		④性別	1 男								
		③ 氏 名			2 女								
⑤ 生年月日 年 齢	大正・昭和・平成 年 月 日 満 歳			身体	1 1部(39歳以下) 2 2部(40歳以上)	知的	1 少年(19歳以下) 2 青年(35歳以下) 3 壮年(36歳以上)						
(令和3年4月1日現在)													
現住所	〒				TEL	—	—						
				FAX	—	—							
学校又は施設	名称() 〒				TEL	—	—						
				FAX	—	—							
身体障がい者 手 帳	交付 手帳	都 道 府 第 号 第 種 級 県 市 (区)			障がい名(手帳記載のとりの全文)								
	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は必ず記入 矯正できないときは「不可」に○					裸 眼	視力	右	左	視野	右	左	不可
					矯正後	視力	右	左	視野	右	左		
療育手帳	有 (障がいの程度 A1・A2・B1・B2 該当するものに○印を付けてください) 無 (取得の対象に準ずる方を含む) (手帳交付申請中の方を含む)												
⑥ 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												
⑦ 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()												

⑨ 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 1	1	手部切断	肢体 3	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							
	4	両前腕切断または、両上肢不完全		19	片側障がいで片上肢機能全廃				
	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							
	6	片下腿切断または、片下肢不完全		20	その他の片側障がいで走不能				
	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		21	その他走可能				
	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	肢体 4			22	浮具使用		
	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	23			視力0から0.01まで※2 その他の視覚障がい	
肢体 2	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	聴 覚			25	聴覚・平衡機能障がい、音声・ 言語・そしゃく機能障がい		
	12	体幹		知 的	26			知的障がい	
	13	第7頸髄まで残存	内部			27	内部障がい		
	14	第8頸髄まで残存		※1	障がい区分のスタートは				
	15	下肢麻痺で座位バランスなし	水中スタートしなくてはならない						
	16	下肢麻痺で座位バランスあり	※2 光を通さないゴーグルを装着する						

⑩ 出 場 種 目									
希望する種目を☆印の中から選び、コード番号と種目名と自己記録、 大会名等、期日(知的のみ記入・過去2年以内の記録)をご記入ください。									
					リレー希望				
					第1種目名		第2種目名		
コード番号									
種目名									
自己記録									
記録達成 大会名等									
記録達成 大会等期日					年 月 年 月				
	身体	知的	コード番号・種目			身体	知的	コード番号・種目	
自由 形	☆	☆	1	25m	平 泳 ぎ	☆	☆	21	25m
						☆	☆	22	50m
	☆	☆	2	50m	フ バ ラ タ イ	☆	☆	31	25m
						☆	☆	32	50m
背 泳 ぎ	☆	☆	11	25m	リ レ ー	☆	☆	51	4×50mリレー
	☆	☆	12	50m					

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、該当事項を必ず 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) 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 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【	】
●常用ではないが併用する補装具名【	】

⑪ 特 記 事 項	
下記の項目の該当する番号に○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(障害区分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 障害区分22の方は使用する浮具の種類()	
6 聴覚、音声、言語等に障がいのある者で、手話通訳を希望	
7 視覚に障がいのある者で、点字プログラムを希望	
8 プール内に同伴する介助者の入場を希望(理由を記入してください)	

※裏面も御記入をお願いします。

申込みにあたって、必ず御確認ください。

【くまもと障がい者スポーツ大会について】

◆確認事項 確認されましたら□にチェックをお願いします。

☐ 第20回くまもと障がい者スポーツ大会は、第21回全国障害者スポーツ大会「三重とわか大会」(2021年10月23日～25日開催)への出場の意志がある方のみ、参加が可能です。

※全国大会の選手に選考された場合は、原則、辞退ができません。

☐ 大会当日は、競技会場に報道関係者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)、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、予め御了承のうえ、お申し込みください。

☐ 申込用紙記入時の住民票と2021年4月1日以降の居住地が異なる場合は、大会事務局へ御連絡ください。(就職や進学等で県外に引っ越しの予定がある方は御注意ください。参加選手資格を満たしていない場合は、くまもと障がい者スポーツ大会及び全国障害者スポーツ大会への出場ができないことがあります。)

※申込時、大会出場時県内にお住まいである必要があります。

☐ 新型コロナウイルス感染症感染予防のため、「体調管理チェックシート」に大会前2週間から大会当日までを記録し、当日、受付時に御提出ください。

※「体調管理チェックシート」未提出の場合は、大会への参加ができません。

※「体調管理チェックシート」のチェック項目で、1つでも○があった場合は、大会に参加できない可能性があります。

【全国障害者スポーツ大会について】

◆選手選考に関する事項 確認されましたら□にチェックをお願いします。

☐ 選手選考にあたっては、第20回くまもと障がい者スポーツ大会での成績だけではなく、これまでの出場状況等を総合的に勘案して選考します。

☐ 選手選考にあたっては、団体行動ができるかどうかや健康面で配慮すべきことなどを確認する必要があります。そのため、御本人の状況がわかる方に確認をすることがありますので、下記項目について御記入をお願いします。

《状況確認先》 ※全員記入をお願いします。

① 学校・施設・勤務先等名及び担当者

電話番号

[] []

② かかりつけの病院名及び担当医(又は担当者)

電話番号

[] []

③ ご家族

電話番号

[] []

《問い合わせ先》

くまもと障がい者スポーツ大会事務局
熊本県社会福祉事業団事業課
(熊本県障害者スポーツ・文化協会)
TEL: 096-383-6553