

第25回 くまもと障がい者スポーツ大会個人競技参加申込書

7 ポッチャ

① 選手団名		② フリガナ	④ 性別		1 男 2 女	※事務局使用欄	
③ 氏 名							
⑤ 生年月日 年 月 日 満 歳	西暦	年	月	日	満 歳	身体	1 1部(39歳以下) 2 2部(40歳以上)
(令和8年4月1日現在)						知的	1 少年(19歳以下) 2 青年(35歳以下) 3 壮年(36歳以上)
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				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は必ず記入 裸 眼 視力 右				左		不可
矯正できないときは「不可」に○ 矯正後 視力 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) (手帳交付申請中の方を含む)				無	(取得の対象に準ずる方を含む)
精神障がい者 保健福祉手帳	有	(手帳交付申請中の方を含む)				無	(取得の対象に準ずる方を含む)
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 知的 5 内部						
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 知的 5 内部 6 精神 7 その他()						
競技中に使用 する補装具	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) 6 その他()					
⑧ (肢体不自由者で 該当する方のみ1 つ選んでください)	車いす等 (座位)	11 両手駆動 12 片手駆動 13 足駆動(前向・後向、いずれかに○印を付けてください) 14 片上下肢駆動 15 電動 16 椅子 17 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。				
障害分類	区分 番号	障害区分	競技 スタイル	
肢体不自由	肢体 1	切断・機能障害	1 多肢切断 両下肢完全 両上肢不完全および両下肢不完全	立位
		肢体 2	能原性麻痺 以外で 車いす常用、 使用	2 第6頸髄まで残存
	3 第7頸髄まで残存		座位	
	4 第8頸髄まで残存		座位	
	5 多肢切断		座位	
	肢体 3		能原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	6 四肢麻痺で車いす常用または、使用
		7 けつて移動	座位	
		8 片上下肢で車いす常用または、使用	座位	
		9 その他走不能	立位	
	肢体 4		10 電動車いす常用	座位

⑩ 出 場 種 目		
該当する競技スタイルに○印を付けてください。		
コード番号	1	立 位
コード番号	2	座 位
下記の項目の該当する箇所に○印を付けてください。		
ア	杖や補装具を使用し、立位で競技する	
イ	杖や補装具を使用しないで、立位で競技する	
ウ	車いすを使用し、座位で競技する	
エ	椅子を使用し、座位で競技する	
オ	電動車いすを使用し、座位で競技する	

⑪ 特 記 事 項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付けてください。	
1	特になし
2	立位で、移動や待機時に車いすを使用する
3	立位で、待機時に椅子を使用する
4	車いすの移動や方向転換が機能的に困難であるため、スポーツアシスタントを同伴する
5	座位の選手で、投球動作が困難であるため、ランプを使用し、ランプオペレーターを同伴する
6	投球補助具として、(グローブ・ポインター【棒】)を使用する
7	聴覚・音声・言語等に障害のある者で、(手話通訳・手書き要約筆記)を希望
注)上記の4、5について、スポーツアシスタントとランプオペレータはそれぞれ配置すること。	

障がい区分確認事項	
下記の該当する番号や項目等に○印を付け、該当事項を必ずご記入ください。	
ア	切断(部位)
イ	多肢切断で義足等を使用し、立位で競技が(できる・できない)
ウ	両下肢完全麻痺で長下肢装具を使用し、立位で競技が(できる・できない)
エ	頸髄損傷 麻痺の程度(完全・不完全) 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)
オ	脳原性麻痺で、不随意運動や協調運動障害が(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【 】	

※裏面も御記入をお願いします。

申込みにあたって、必ずご確認ください。

(参加申込書ウラ面)

◆確認事項 確認されましたら□にチェックをお願いします。

【くまもと障がい者スポーツ大会について】

- ☐ 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、予めご了承のうえ、お申し込みください。
- ☐ 申込用紙記入時の住民票と2026年4月1日以降の居住地が異なる場合は、大会事務局へご連絡ください。(就職や進学等で県外に引っ越しの予定がある方はご注意ください。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。)
- ※申込時と大会出場時に県内にお住まいである必要があります。

【全国障害者スポーツ大会の出場について】

- ☐ 第25回全国障害者スポーツ大会「青の煌めきあおもり大会」(2026年10月23日～26日開催)への出場の意思が【ある・ない】。(該当に○をつけてください。)
- 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。

◆以下、出場の意思が「ある」と回答された方のみ□にチェックをお願いします。

- ☐ 全国障害者スポーツ大会への出場選手の選考結果については、選考された選手にのみ、6月中旬に通知します。
- ☐ 全国障害者スポーツ大会の派遣が決定された方は、大会派遣期間すべての日程を共に行動していただきます。
- ☐ 選手選考にあたっては、第25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、ご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、下記項目についてご記入をお願いします。

《状況確認先》 ※回答箇所はご記入ください。

①学級・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

TEL: 096-383-6553 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)