

「SAGA2024全国障害者スポーツ大会」派遣選手選考会 参加申込書  
ボッチャ

受付番号(市町使用欄)

① 所属名										
フリガナ			③性別	1 男 2 女	④保護者氏名	参加者が中高生の場合のみ				
②氏名										
⑤生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日					(年齢) 満 歳(令和6年4月1日現在)				
⑥現住所	〒		連絡先 (学校・勤務先等)		TEL		FAX			
⑦身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 種 級 市(区)			障害名(手帳記載のとおり全文)					
		障害の原因となっている傷病名(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)								
視覚に障害のある方のみ記入 矯正できないときは「不可」に○		裸眼	視力	右	左	視野	右	左	不可	
矯正後		視力	右	左	視野	右	左			
⑧療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入)			無	※知的障害の者は内容確認が必要なため、別添で関係書類を提出すること				
		更新時期( )年( )月・更新不要								
⑨障害の分類	1 肢体									
⑩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 知的 5 内部 6 精神									
	7 その他( )									

⑪ 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。			
肢体不自由	切断・機能障害	1	多肢切断 両下肢完全 両上肢不完全及び両下肢不完全
	脳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
		4	第8頸髄まで残存
		5	多肢切断
	脳原性麻痺(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	けって移動
		8	片上下肢で車いす常用、または使用
		9	その他走不能
		10	電動車いす常用

⑫ 障害区分確認事項	
下記の該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。	
ア 切断(部位 )	
イ 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(あり・なし)	
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(あり・なし)	
カ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限が(あり・なし)	
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(あり・なし)	
【ありの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 [ ]	

⑬ 出場種目		
参加希望種目を1種目選び、番号に○印を付けてください		
1	立位(区分1、区分9)	
2	座位(区分2～8、区分10)	
競技アシスタントの同伴	1	有
	2	無

⑭ 競技中に使用する補装具等(有・無)	
「有・無」どちらかに必ず○印を付け、「有」の場合は、下記の項目の内、あてはまるもの全てに○印を付けてください。	
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) 6その他( )
	7 両手駆動 8 片手駆動 9 足駆動(前向) 10 電動 11 片上下肢駆動 12 いす 13 その他( )
義肢・装具等	14 種類 記入例 長下肢装具(両脚)、義手(右) ( )
投球補装具	15 ランプ 16 グローブ 17 ポインター(棒)

⑮ 特記事項	
下記の該当する番号や項目等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1 特になし	
2 立位の方で、移動や待機時に「車いす」を使用する	
3 立位の方で、待機時に「椅子」を使用する	
4 障害区分2～8および10で、車いすの移動や方向転換が機能的に困難であるため、競技アシスタントを同伴する	
5 障害区分2～8および10で、投球動作が困難であるため、投球補装具(ランプ)を使用し、競技アシスタントを同伴する	
6 聴覚、音声、言語等に障害のある者で、(手話・要約筆記)を希望	

<p>⑩参加申込書類が提出された時点で、下記について同意があったものとして取扱います。</p> <p>○大会当日は、競技会場にテレビ局、新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。</p> <p>○競技プログラムやホームページ、その他資料等で障害区分（重複障害含む。）、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真および競技記録等を掲載します。</p>
---

【SAGA2024全国障害者スポーツ大会」派遣選手選考会について】

<p>※ 派遣選手として選考された場合、全国大会に出場していただくことになりますが、①～④全てについて、了解される方のみ参加申込を受け付けます。<u>内容を十分に理解した上で、申込をされますか？（以下の□にチェックしてください。）</u></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> はい                      <input type="checkbox"/> いいえ</p>	
① 派遣期間	令和6年10月24日（木）～ 10月29日（火）（予定）
② 派遣場所	佐賀県
③ 派遣費用 （自己負担）	派遣期間中の昼食代、山口県選手団のユニフォーム代金の一部、競技に必要な服装・用品（公式競技用ユニフォーム等）の自己負担が必要となります。
④ 強化練習	山口県障害者スポーツ協会が開催する強化練習に、原則として全て参加していただくこととなります。

【健康状態】

健康状態	<p>※ 以下の内容について、二つとも了解される方のみ参加申込を受け付けます。<u>内容を十分に理解した上で、チェックしてください。</u></p>
	<p>(1) あなたは、第23回障害者スポーツ大会派遣選手選考会の参加申込に当たり、事前の健康管理を十分に行い、自己の責任において大会参加申込をされますか？</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> はい                      <input type="checkbox"/> いいえ</p>
	<p>(2) 大会当日に、慢性疾患等で競技に参加することが病状の悪化を招く恐れがある時は、出場を辞退しますか？</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> はい                      <input type="checkbox"/> いいえ</p>

【市町 確認欄】 ※ 選手の方は、記入しないでください。

<p>※ 各市町の担当者の方は、参加申込書を受理した時に、以下の項目について確認をお願いします。</p>		
<p>(1) 大会参加に当たり、選手に「健康状態」記入欄の趣旨を十分に説明し、選手本人も理解しています。</p> <p>(2) 手帳等により、障害区分及び出場種目のチェックを行いました。</p>		
<input type="checkbox"/> チェック欄	市町名：	氏名：