

様式1-3

アーチェリー

第24回全国障害者スポーツ大会
「わたSHIGA輝く障スポ」 個人競技参加申込書

①	選手団名			選手団番号			個人番号		
②	フリガナ			③	性別	1 男 ・ 2 女			
	氏名			④	生年月日	西暦 年 月 日			
⑤	現住所	〒 -				TEL			
						FAX			
⑥	身体障害者手帳	交付手帳	都 道 府 県 第 号 級			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等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)			視覚に障害のある者のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。				
					視力	裸眼	右	左	不可
⑦	療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 () 年 () 月 ・ 更新不要			無	※知的障害の者は、内容確認が必要を為、別添で関係書類を提出すること		
⑧	障害の分類	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 6 精神							
⑨	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 ()							

⑩ 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	脳原性麻痺以外で車いす常用	1	第8頸髄まで残存
		2	その他の車いす
	切断・機能障害	3	上肢障害
		4	下肢障害 (椅子、車いす使用を含む)
		5	体幹
	脳原性麻痺	6	脳原性麻痺 (椅子、車いす使用を含む)
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害		7	聴覚障害
内部障害		8	ぼうこう又は直腸機能障害

⑪ 障害区分確認事項	
「障害区分1～6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 (四肢麻痺・両下肢麻痺)	
ウ 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 []	

⑫ 出場種目			
参加希望する種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録を下欄にご記入ください。			
自己記録	点	行射の向き	右 ・ 左
1	リカーブ50m・30mラウンド		
2	リカーブ30mダブルラウンド		
3	コンパウンド50m・30mラウンド		
4	コンパウンド30mダブルラウンド		

⑬ 得点記録及び矢の回収		
得点記録及び矢の回収の委託先について、希望する番号1つに○印を付けてください。		
1 チームの監督	2 競技者の代行者 (エージェント)	3 競技運営主管団体 (滋賀県アーチェリー協会)

⑭ 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 障害区分1で、アシスタントの入場が必要 (介助内容 :)	
3 障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴するアシスタントの入場を希望 (行射時間外の介助(弓具の移動や車いす移動介助等)のみを行う場合を除く) (その理由) _____	
4 障害区分1及び3のリカーブボウ使用者で、手に補助具 (リリースエイド等の発射装置)使用を希望	
5 競技中に 車いす を使用	
6 競技中に 椅子 を使用	
7 競技中に マウスパッド を使用	
8 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	

⑮ 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。競技プログラムや大会ホームページ、大会報告等に障害区分(重複障害含む。)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等の掲載や主催者による競技会等のインターネット中継を行う場合がありますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的として、主催者及び主催者が認めたものが使用される場合があります。	

様式1ー3

アーチェリー

第24回全国障害者スポーツ大会
「わたSHIGA輝く障スポ」 個人競技参加申込書

①	選手団名	滋賀県		選手団番号	4 1		個人番号	事務局入力	
②	フリガナ	シガ ユミコ		③	性別	1 男 ・ ② 女			
	氏名	滋賀 弓子		④	生年月日	大正 ・ ③ 昭和 ・ 平成 56 年 9 月 30 日			
					年齢	満 42 歳 (令和7(2025)年4月1日 現在)			
⑤	現住所	〒 123 - 4567				TEL	077-528-3326		
		滋賀県大津市松本1-2-1				FAX	077-528-4836		
⑥	身体障害者手帳	交付手帳	都 道 滋賀 府 ④ 第 〇〇 号 1 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等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)			変形性関節症による下肢機能障害 (股関節機能全廃)			
			変形性関節症 (股関節)			視力	裸 眼	右	左
					矯正後	右	左		
⑦	療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 () 年 () 月 ・ 更新不要			無	※知的障害の者は、内容確認が必要な為、別添で関係書類を提出すること		
⑧	障害の分類	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 ⑥ 精神							
⑨	重複障害	⑦ 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 ()							

⑩ 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	脳原性麻痺以外で車いす常用	1	第8頸髄まで残存
		2	その他の車いす
	切断・機能障害	3	上肢障害
		④	下肢障害 (椅子、車いす使用を含む)
		5	体幹
	脳原性麻痺	6	脳原性麻痺 (椅子、車いす使用を含む)
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害		7	聴覚障害
内部障害		8	ぼうこう又は直腸機能障害

⑫ 出場種目			
参加希望する種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録を下欄にご記入ください。			
自己記録	600 点	行射の向き	③ 右 ・ 左
1	リカーブ50m・30mラウンド		
②	リカーブ30mダブルラウンド		
3	コンパウンド50m・30mラウンド		
4	コンパウンド30mダブルラウンド		

⑬ 得点記録及び矢の回収			
得点記録及び矢の回収の委託先について、希望する番号1つに○印を付けてください。			
①	チームの監督	2 競技者の代行者 (エージェント)	3 競技運営主管団体 (佐賀県アーチェリー協会)

⑪ 障害区分確認事項	
「障害区分1～6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 (四肢麻痺・両下肢麻痺)	
ウ 日常生活で使用する補装具(装具・車いす・杖など)が (③ ある ・ ない)	
【ありの場合必ず記入してください】	
● 常用の補装具名 [歩行補助杖]	
● 常用でないが併用する補装具名 [車いす]	

⑭ 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 障害区分1で、アシスタントの入場が必要 (介助内容 :)	
3 障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴するアシスタントの入場を希望 (行射時間外の介助(弓具の移動や車いす移動介助等)のみを行う場合を除く) (その理由)	
4 障害区分1及び3のリカーブボウ使用者で、手に補助具 (リリースエイド等の発射装置)使用を希望	
5 競技中に 車いす を使用	
⑥ 競技中に 椅子 を使用	
7 競技中に マウスタブ を使用	
8 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	

⑮ 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。
競技プログラムや大会ホームページ、大会報告等に障害区分(重複障害含む。)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等の掲載や主催者による競技会等のインターネット中継を行う場合がありますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的として、主催者及び主催者が認めたものが使用される場合があります。