

様式1ー4

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

卓球・STT

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				生年月日	西暦 年 月 日			
				④	年齢	満 歳 (令和7(2025)年4月1日 現在)			
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)			視覚に障害のある方のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。				
		視力	裸眼 矯正後	右 右	左 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	※知的障害の方は、内容確認が必要な為、別添で関係書類を提出すること		
⑧	精神障害者 保健福祉手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 () 年 () 月			無	※精神障害者保健福祉手帳が無い場合は、自立支援医療(精神通院)受給者証の写しを添付することこと。		
⑨	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							
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。					
上肢	1	片上肢障害	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	10	車いす使用
	2	両上肢障害		11	杖または、松葉杖使用
下肢	3	片下腿切断または、片下肢不完全		12	上肢に不随意運動あり
	4	片大腿切断または、両下腿切断 片下肢完全または、両下肢不完全		13	上肢に不随意運動なし
	5	片下腿および片大腿切断 両大腿切断または、両下肢完全	14	片側障害	
体幹	6	体幹	視覚障害	15	アイマスクまたは、 アイシェードあり
				16	アイマスクまたは、 アイシェードなし
車いす 原性 常麻 用、 以外 用で	7	第8頸髄まで残存	聴覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく 機能障害	17	聴覚障害
	8	座位バランスなし		18	知的障害
	9	その他の車いす	知的障害	19	精神障害
			精神障害		

⑬ 出場種目	
「障害区分15」の方は、「2 サウンドテーブルテニス(STT)」、 その他の方は、「1 一般卓球」に○をつけてください。	
1	一般卓球
2	サウンドテーブルテニス(STT)

⑭ 競技中に使用する補装具等 (有・無)	
「障害区分1～14」の方は、有・無を必ず記入してください。 「有」の方は、該当するものを○で囲んでください。 「8 義肢・装具等」の場合、()に内容を記入してください。	
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)
	車いす等 6 両手駆動 7 片手駆動
義肢・装具等	8 ()

⑫ 障害区分確認事項	
「障害区分1～14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 (四肢麻痺・両下肢麻痺) (完全・不完全) 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・関節機能障害、 切断など)の方で座位バランスが (ある・ない) エ 障害区分3～5(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 []	

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	STT出場選手以外で障害等の理由により、試合中のボールパーソンを希望
3	競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用
4	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
5	補助犬を同伴
6	視覚に障害のある者で、点字プログラムを希望
7	特段の理由により監督・コーチ以外に競技場内に同伴(ただしベンチ入りは 不可)する介助者の入場を希望 (その理由)

⑯ 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場合があります。	

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

卓球・STT

①	選手団名	滋賀県		選手団番号	4 1	個人番号	事務局入力	
	フリガナ	シガ タクヤ		③	性別	① 男 ・ 2 女		
②	氏名	滋賀 卓也		④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 42 年 10 月 21 日		
					年齢	満 56 歳 (令和7(2025)年4月1日 現在)		
⑤	現住所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市松本1-2-1				TEL	077-528-3326	
						FAX	077-528-4836	
⑥	身体障害者手帳	交付手帳	滋賀 都 道 府 県 第 〇〇 号 2 級 市 (区)			障害名(手帳記載のとおり全文) 二分脊椎による両下肢機能の著しい障害 ぼうこうの機能障害により社会での日常生活が著しく制限される 視覚に障害のある方のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。		
		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)			視力	裸眼	右	左
		二分脊椎			矯正後	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	※知的障害の方は、内容確認が必要な為、別添で関係書類を提出すること	
⑧	精神障害者 保健福祉手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 (令和 6) 年 (10) 月			無	※精神障害者保健福祉手帳が無い場合は、自立支援医療(精神通院)受給者証の写しを添付すること。	
⑨	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						
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。

上肢	1	片上肢障害	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	10	車いす使用
	2	両上肢障害		11	杖または、松葉杖使用
下肢	3	片下腿切断または、片下腿不完全		12	上肢に不随意運動あり
	4	片大腿切断または、両下腿切断 片下腿完全または、両下腿不完全 片下腿および片大腿切断 両大腿切断または、両下腿完全		13	上肢に不随意運動なし
	5			14	片側障害
体幹	6	体幹	視覚障害	15	アイマスクまたは、 アイシェードあり
				16	アイマスクまたは、 アイシェードなし
車いす 原性 常麻 痺、 以 使外 用で	7	第8頸髄まで残存	聴覚・平衡機能障害、 音声・言語・そしゃく 機能障害	17	聴覚障害
	8	座位バランスなし		18	知的障害
	9	その他の車いす	知的障害	19	精神障害
			精神障害		

⑬ 出場種目

「障害区分15」の方は、「2 サウンドテーブルテニス(STT)」
その他の方は、「1 一般卓球」に○をつけてください。

①	一般卓球
2	サウンドテーブルテニス(STT)

⑭ 競技中に使用する補装具等 (有・無)

「障害区分1～14」の方は、有・無を必ず記入してください。
「有」の方は、該当するものを○で囲んでください。
「8 義肢・装具等」の場合、()に内容を記入してください。

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)	
車いす等	6 両手駆動	7 片手駆動	
義肢・装具等	8 (短下肢装具)		

⑫ 障害区分確認事項

「障害区分1～14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 (四肢麻痺 ・ 両下肢麻痺)	
	(完全 ・ 不完全)	
	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・関節機能障害、 切断など)の方で座位バランスが (あり ・ なし)	
エ	障害区分3～5(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運動障害が (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	日常生活で使用する補装具(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 [短下肢装具]	
	●常用でないが併用する補装具名 []	

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	STT出場選手以外で障害等の理由により、試合中のボールパーソンを希望
3	競技中は使用しないが、招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用
4	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
5	補助犬を同伴
6	視覚に障害のある者で、点字プログラムを希望
7	特段の理由により監督・コーチ以外に競技場内に同伴(ただしベンチ入りは 不可)する介助者の入場を希望 (その理由)

⑯ 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する場合があります。