

第18回愛媛県障がい者スポーツ大会
個人競技（ポッチャ）参加申込書



ポッチャ

※区分判定上必要ですので、手帳等に記載されている障がい名及び戸籍上の性別をご記入ください。

Form with fields for ① 市町名, ② 所属名, ③ フリガナ氏名, ④ 性別, ⑤ 生年月日, ⑥ 現住所, ⑦ 身体障害者手帳, ⑧ 障がいの分類, ⑨ 重複障がい.

⑩ 障害区分. 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. Table with categories like 切断機能障害, 脳原性麻痺, etc.

⑫ 競技スタイル. 該当する箇所に○印を付け、必要事項をご記入ください. Table for 出場部門, ランプの使用, 補助器具名, アシスタントの有無, etc.

⑪ 障害区分確認事項. 下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください. List of items A through K with checkboxes.

⑬ 競技に関する特記事項. 下記の項目の該当する番号に必ず○をつけて下さい. List of items 1 through 3.

⑭ 全国障害者スポーツ大会への出場について確認. 出場希望, 希望する, 希望しない, 出場経験, ある, なし.

⑮ 申し込みにあたって、チェックをお願いします. 参加申込書類が提出された時点で、上記の掲載について同意があったものとして取り扱います. 個人情報についての取り扱い, 大会への出場条件.



ボッチャ ※区分判定上必要ですので、手帳等に記載されている障がい名及び戸籍上の性別をご記入ください。
（ゼッケンに反映されず）

① 市町名	〇〇市	② 所属名 (施設、学校、市町等)	〇〇事業所 (ゼッケン・競技選手名簿に記載)	所属番号	記入しない	個人番号	記入しない
フリガナ	エヒメ	タロウ	④性別	① 男 ⑤生年月日	大正 〇〇年 〇月 〇日 平成 54年 5月 31日		
③ 氏名	愛媛	太郎	④性別	2 女 年齢	満 46 歳 (令和8年4月1日現在)		
⑥ 現住所	〒 790-〇〇〇〇 〇〇市一番町4-4-2		TEL	089-947-〇〇〇〇			
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 〇〇 号第 〇 種 〇 級 市(区)		障害名(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) 脳出血			左下肢機能全廃(1級) 左上肢機能全廃(1級)			
⑧ 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 6 精神						
⑨ 重複障がい	① 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
主たる障がいの該当する番号1つの上に○印を付けてください。

肢体不自由	I	切断機能障害	1	多肢切断・両下肢完全で立位 両上肢不完全および両下肢不完全
	II	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
	III	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
IV				

⑫ 競技スタイル
該当する箇所に○印を付け、必要事項をご記入ください

出場部門	立位・ 座位
ランプの使用	有 ・ 無
ランプの貸出	有 ・ 無
競技中に使用する補装具等の有無	有 ・ 無
補助装具名	車いす (記入例：松葉杖(1本)/車いす/電動車いす/長下肢装具(右足)等)
アシスタントの有無	有 ・ 無
アシスタント名	愛媛 二郎
同伴するアシスタント、が競技中行うことに○を付けてください。(複数可)	
<input checked="" type="radio"/> ランプ操作 (イ) 投球準備・移動 (ウ) 手話 <input type="radio"/> (エ) 要約筆記 (オ) その他()	

⑪ 障害区分確認事項
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。

ア **【区分1・5】** 切断(部位)・切断なし

イ **【区分2~4】** 上肢に麻痺が(**ある** ・ ない)
肘を自力で(伸ばせる ・ 伸ばせない)
指を自力で(曲げられる ・ 曲げられない)

【区分6~9】 上肢に中程度以上の不随意行動や協調性低下が(**ある** ・ ない)

【区分6~9】 上肢の関節可動域に制限が(**ある** ・ ない)

【区分7~9】 走る事が(可能 ・ **不可能**)

カ **【区分2~5】** 車いす使用(二分脊椎や骨・関節機能障がい・切断など)の方で座位バランス(**あり** ・ なし)

【区分1~10】 日常生活で使用する補装具(装具・車いす・杖など)が(**ある** ・ ない)
【 ある場合は必ず記入してください 】

● 常用の補装具 [**車いす**]

● 常用でないが、併用する補装具名 []

⑬ 競技に関する特記事項
下記の項目の該当する番号に必ず○をつけて下さい。

1 特になし

2 立位の方で、競技では車いすを使用しないが、招集から、解散までの待ち時間や移動のために、車いすを使用する

3 個人所有のボールを使用して競技をする

⑭ 全国障害者スポーツ大会への出場について確認

出場希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	出場経験	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
※愛媛県選手団として5泊6日の日程で大会に参加していただくようになります。			

⑭ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。

参加申込書類が提出された時点で、上記の掲載について同意があったものとして取り扱います。

【個人情報についての取り扱い】
大会当日は、競技会場にテレビ、新聞報道機関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害区分(重複障がい含む)、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、**あらかじめご了承のうえ、お申込みください。**

【大会への出場条件】
出場できる選手は、実施要綱「出場資格及び条件」に記載するすべての条件を満たすものとします。

チェック欄