

第18回愛媛県障がい者スポーツ大会
個人競技（フライングディスク）参加申込書



様式1-4

フライングディスク

※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。

① 市町名	② 所属名 (施設、学校、市町等)		所属番号	個人番号
③ フリガナ 氏名	④ 性別 1 男 2 女	⑤ 生年月日 年齢	大正・昭和・平成 年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	
⑥ 現住所	〒	TEL		
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都 道 府 県 第 号 第 種 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)			
視覚に障がいのある方は必ず記入してください。 矯正できない時は「不可」に○印を付けてください。		裸眼	視力	右 左 不可
		矯正後	視力	右 左
⑧ 療育手帳	有(手帳交付申請中の方を含む)	・第 号	(障害程度) A・B	無(取得の対象に準ずる方を含む)
⑨ 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 7 オープン(ぼうこう又は直腸機能障害以外の内部障害)			
⑩ 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()			

⑪ 出場種目及び出場条件確認	
参加希望種目は、 アキュラシー及びディスタンスのうち、どちらか1種目のみ を選択し、○印を付け、自己記録をご記入ください。	
【アキュラシー】	
1	ディスリート・ファイブ : 5m
2	ディスリート・セブン : 7m
自己記録	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 投	
【ディスタンス】	
1	レディース・シティング : 座位女子
2	メンズ・シティング : 座位男子
3	レディース・スタンディング : 立位女子
4	メンズ・スタンディング : 立位男子
自己記録	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> m cm	

⑫ 競技に関する特記事項	
下記の項目の該当する番号に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1	特になし
2	左腕で投げる
3	視覚障がいを有しているため、音源が必要
4	競技中に車いすを使用
5	競技中に歩行補助杖を使用
6	競技中、投げる時にいすを使用
7	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
8	聴覚、音声・言語等に障がいのある方で (手話通訳・手書き要約筆記)を希望
9	視覚に障がいのある方で、点字プログラムを希望
10	特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望 (その理由)
.....	
.....	

⑬ 全国障害者スポーツ大会への出場について確認(オープン参加選手を除く)			
出場希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	出場経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
※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。	
【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、新聞等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)、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、 あらかじめ御了承のうえ、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。	
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扱います。	チェック欄 <input type="checkbox"/>



ゼッケンに反映されます

フライングディスク

※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。

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
③ フリガナ 氏名	エヒメ 愛媛	サブロウ 三郎	④性別	① 男 ② 女	⑤生年月日 年齢	大正 昭 和 平成 54 年 5 月 31 日 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4-2-2		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)		視覚障害 白内障				
	視覚に障がいのある方は必ず記入してください。 矯正できない時は「不可」に〇印を付けてください。		裸眼	視力	右 0.02	左 0.02	不可
		矯正後	視力	右	左		
⑧ 療育手帳	有(手帳交付申請中の方を含む)		・第 号	(障害程度) A・B	無(取得の対象に準ずる方を含む)		
⑨ 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 7 オープン(ぼうこう又は直腸機能障害以外の内部障害)						
⑩ 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()						

⑪ 出場種目及び出場条件確認

参加希望種目は、**アキュラシー及びディスタンスのうち、どちらか1種目のみ**を選択し、〇印を付け、自己記録をご記入ください。

【アキュラシー】

①	ディスリート・ファイブ	: 5 m
2	ディスリート・セブン	: 7 m

自己記録

8 投

【ディスタンス】

1	レディース・シティング	: 座位女子
2	メンズ・シティング	: 座位男子
3	レディース・スタンディング	: 立位女子
4	メンズ・スタンディング	: 立位男子

自己記録

m cm

⑫ 競技に関する特記事項

下記の項目の該当する番号に〇印を付け、必要事項をご記入ください。

- 1 特になし
- 2 左腕で投げる
- ③ 視覚障がいを有しているため、音源が必要
- 4 競技中に車いすを使用
- 5 競技中に歩行補助杖を使用
- 6 競技中、投げる時にいすを使用
- 7 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
- 8 聴覚、音声・言語等に障がいのある方で
(手話通訳・手書き要約筆記)を希望
- 9 視覚に障がいのある方で、点字プログラムを希望
- ⑩ 特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望
(その理由)

視覚障害者のため、競技場内の移動に介助が必要である。

⑬ 全国障害者スポーツ大会への出場について確認(オープン参加選手を除く)

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 type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
------	---	------	--

※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。

【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、新聞等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)、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、**あらかじめ御了承のうえ、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。

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扱います。 チェック欄

✓