

様式1

4/10(金)締切、FAX不可

第29回三重県障がい者スポーツ大会フライングディスク参加申込書(総括表)

市町もしくは団体名			
参加人数	選手()名	・ その他の来場者()名	来場者が無しの場合は、「0」と記入し
責任者連絡先 所属・名前 (担当者)	住所 〒 名前	TEL FAX	
緊急連絡先	住所 〒 名前	TEL	
交通手段	1. 貸切バス()台	2. 乗用車()台	3. マイクロバス()台
	4. 車いす対応乗用車()台	5. 公共交通機関利用()名	
	6. 送迎バス : 津駅西口 ~ 三重県身体障害者総合福祉センター		
	(車いす使用者 名、 その他 名)		

送迎バス申込者 ※送迎バスを希望の方は記入してください。(付き添いや家族等も含みます。)

	送迎バス申込者名	車いす使用の有無		送迎バス申込者名	車いす使用の有無
1		有 無	11		有 無
2		有 無	12		有 無
3		有 無	13		有 無
4		有 無	14		有 無
5		有 無	15		有 無
6		有 無	16		有 無
7		有 無	17		有 無
8		有 無	18		有 無
9		有 無	19		有 無
10		有 無	20		有 無

4/10(金)締切、FAX不可

様式2

第29回三重県障がい者スポーツ大会フライングディスク参加申込書(個人票)

団体名						
フリガナ			性別	1 男 2 女	保護者名	参加者が未成年の場合のみ
名前						
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (令和8年4月1日現在)			年齢区分	1部(19歳以下)、2部(20~39歳) 3部(40~59歳)、4部(60歳以上)	
現住所	〒			TEL		
FAX						
全スポ選考会 希望の有無	希望する(2種目出場必須) · 希望しない					
身体障害者手帳	交付手帳	都道府 県市(区)				障がい名(手帳記載のとおりの全文) 障がいの原因となっている傷病名等
		第	号	第	種	
療育手帳	有	(手帳交付申請中の方を含む)	無	(取得の対象に準ずる方を含む)		
精神保健福祉 手帳	有	(手帳交付申請中の方を含む)	無	(取得の対象に準ずる方を含む)		
障がいの分類	1、肢体 4、知的	2、視覚 5、精神	3、聴覚・平衡、音声・言語、そしやく機能障がい 6、内部(ぼうこう・直腸機能障がい)	7、内部(ぼうこう・直腸機能障がい以外の内部障がい)		
重複障がい	0、無 4、知的	1、肢体 5、精神	2、視覚 6、内部(ぼうこう・直腸機能障がい)	3、聴覚・平衡、音声・言語、そしやく機能障がい 7、内部(ぼうこう・直腸機能障がい以外の内部障がい)		

競技区分

参加を希望する区分の番号に○印を付けてください。

1 座位

2 立位

出場種目

参加希望種目をアキュラシー及びディスタンスから1種目ずつ選択し、コード番号に○印を付けご記入ください。

コード番号・種目

ディスタンス

11 レディース・シッティング／座位女子

12 メンズ・シッティング／座位男子

13 レディース・スタンディング／立位女子

14 メンズ・スタンディング／立位男子

アキュラシー

1 ディスリート5

2 ディスリート7

特記事項

下記の項目の該当する番号に○印を付けてください。

- | | |
|---|---|
| 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 | 競技中に投げるときいすを使用 |
| 7 | 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 |
| 8 | 聴覚・音声・言語等に障がいのある方で手話通訳を希望 |
| 9 | 聴覚・音声・言語等に障がいのある方で要約筆記を希望 |

注意事項

障害者手帳(身体障害者手帳)の記入について
県障がい者スポーツ大会運営及び、全国障害者スポーツ大会の選手選考の目的以外には使用しませんので、ご協力よろしくお願いします。
また、記入されていない方につきまして、電話にて確認を行う事があることをご了承ください。
全国障害者スポーツ大会出場選手に選ばれた方には、改めて事務局から連絡をさせていただきます。