

令和6年度心の輪を広げる障害者理解促進事業実施要領

1 趣旨

障害のある人への県民の理解を促進するため、「心の輪を広げる体験作文」及び「障害者週間のポスター」を広く募集する。

2 主催

内閣府、兵庫県

3 内容

(1) 心の輪を広げる体験作文

- ア テーマ 出会い、ふれあい、心の輪
—障害のある人とない人との心のふれあい体験を広げよう—
- イ 題 名 自由とする
- ウ 内 容 障害のある人とない人との心のふれあいの体験をつづったもの
- エ 部 門 小学生部門、中学生部門及び高校生・一般県民部門

(2) 障害者週間のポスター

- ア テーマ 障害の有無にかかわらず誰もが能力を発揮して安全に安心して生活できる社会の実現
- イ 内 容 障害者に対する国民の理解の促進等に資するもの
なお、標語その他の文字を入れないこととする。
- ウ 部 門 小学生部門及び中学生部門

4 応募資格

(1) 心の輪を広げる体験作文

兵庫県内（神戸市を除く。）に在住、または在学する小学生以上の者（特別支援学校の小学部、中学部及び高等部の児童生徒を含む。）

(2) 障害者週間のポスター

兵庫県内（神戸市を除く。）に在住、または在学する小・中学生（特別支援学校の小学部及び中学部の児童生徒を含む。）

5 応募方法

(1) 心の輪を広げる体験作文

- ア 応募用紙 400字詰原稿用紙（A4判縦書き）
- イ 字 数 小学生及び中学生 2～4枚程度
高校生・一般 4～6枚程度
応募用紙に題・学校名・学年・氏名（ふりがな）を記載
- ウ その他 パソコン等の電子機器による作成も可とする。※推奨
応募にあたっては、題、住所、氏名（ふりがな）、年齢（生年月日）、性別、職業又は学校名（学年）、電話・FAX番号等、障害の有無・程度その他参考事項を記した応募用紙（別紙1）を必ず添付すること。

(2) 障害者週間のポスター

- ア 規格 画用紙B3判（横 364mm×縦 515mm）又は四つ切り（横 382mm×縦 542mm）を使用し、これに満たない作品は、B3判の大きさの台紙に貼付する。作品は縦位置（縦長）のみとする。
- イ 彩色・画材 自由とする。
- ウ その他 応募にあたっては、題、住所、氏名（ふりがな）、年齢（生年月日）、性別、学校名（学年）、電話・FAX番号等、障害の有無・程度その他参考事項を記した応募用紙（別紙2）を必ず添付すること。また、作品中に標語及びそれに類する文字は入れないこと。

(3) その他

- ア 応募作品は、原則として返却しない。
- イ 応募は、未発表のもの1編（点）に限る。
- ウ 作文については、複写によるものも可とする。
- エ 入賞作品の著作権、著作権は兵庫県に帰属する。

6 応募先

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1
兵庫県 福祉部 障害福祉課障害政策班
心の輪を広げる障害者理解促進事業担当
TEL:078-362-9104（内線 3005）
FAX:078-362-3911

7 選考方法

審査委員会により選考する。

8 応募期間

令和6年7月1日（月）から9月2日（月）〔必着〕まで。

9 賞

「心の輪を広げる体験作文」及び「障害者週間のポスター」の各部門について、次のとおり知事賞を贈呈する。

最優秀作文及び作品	各1編（点）
優秀作文及び作品	各2編（点）
奨励賞	各2編（点）

10 その他

各部門の最優秀作文及び作品は、内閣府へ推薦する。

(別紙1)

心の輪を広げる体験作文応募用紙

題名							
(フリガナ)							
氏名							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒 —						
電話番号	TEL	—	—	FAX	—	—	
職業又は学校名					学年	年	
上記の所在地及び電話番号	〒 —						
	TEL	—	—	FAX	—	—	
障害の有無等	有・無	障害の 区分 程度	身体障害者手帳	種別	種級		
				障害内容			
			療育手帳	A・B1・B2			
			精神障害者保健福祉手帳	1級・2級・3級			
本作品が未発表であるかの確認	未発表作品 ・ 発表済作品						
本作品が第三者の権利を侵害するものでないことの確認	<input type="checkbox"/> 他作品等からの模倣・流用・盗用等を行っていない <input type="checkbox"/> 生成AIを使用していない						
その他の参考事項	作品内容等について作者のコメントなどがあればお書きください。						

(注) 学校名は正式名称を記載してください。

(別紙2)

障害者週間のポスター応募用紙

題名							
(フリガナ)							
氏名							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒 —						
電話番号	TEL	—	—	FAX	—	—	
学校名					学年	年	
上記の所在地	〒 —						
及び電話番号	TEL	—	—	FAX	—	—	
障害の有無等	有・無	障害の 区分及び 程度	身体障害者手帳	種別	種級		
				障害内容			
			療育手帳	A・B1・B2			
			精神障害者保健福祉手帳	1級・2級・3級			
本作品が未発表であるかの確認	未発表作品 ・ 発表済作品						
本作品が第三者の権利を侵害するものでないことの確認	<input type="checkbox"/> 他作品等からの模倣・流用・盗用等を行っていない <input type="checkbox"/> 生成AIを使用していない						
その他の参考事項	作品内容等について作者のコメントなどがあればお書きください。						

(注) 学校名は正式名称を記載してください。