

(公印省略)
障福第1745号
令和7年6月23日

関係各位

兵庫県福祉部障害福祉課長

令和7年度「心の輪を広げる体験作文」及び「障害者週間のポスター」
募集についてのお願い並びに募集啓発チラシの送付について

障害者施策の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

例年、障害のある人に対する県民の理解の促進を図るため、内閣府と共催で、
標記作文及びポスターを募集し、優秀作品を表彰するとともに、内閣総理大臣等
の表彰候補作品を推薦しているところです。

今年度についても、下記のとおり募集しますので、募集啓発チラシ及び実施要
領を送付いたします。周知及び応募の促進について格段のご配慮を賜りますよう
お願い申し上げます。

記

1. 応募期間 令和7年7月1日(火)～9月1日(月)必着
2. 応募要領 別添実施要領のとおり
3. 表彰等 入賞者は、「兵庫県障害者福祉大会」にて表彰予定
(令和7年11月16日(日)、豊岡市民プラザで開催予定)

※近年、ポスターの応募が少なくなっていますので、特にご啓発いただきます
ようご協力お願いいたします。

(担当)

兵庫県福祉部障害福祉課

身体・知的障害福祉班 藪下、馬渡

(TEL) 078-362-9497 (内線 2964)

(FAX) 078-362-3911

令和7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。

(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 程 度	身体障害者手帳	種別	種級		
			療育手帳	障害内容			
			精神障害者保健福祉手帳	A・B1・B2 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。