

第57回



NHK 障害福祉賞

～障害のある人と支える人の体験作文の募集～

「NHK 障害福祉賞」では、障害福祉への関心や理解を広げるため、障害のある人やともに歩む人の体験作文を募集します。

みなさんの思いを込めた作品をお待ちしております。

応募締切

2022年 7月31日(日) 消印有効

以下の2部門で
8000字以内の
作文を募集します

第1部門

障害のある
ご本人の部門

第2部門

障害のある人と
ともに歩んで
いる人の部門

主催 **NHK**  社会福祉法人 **NHK** 厚生文化事業団

後援 厚生労働省
文部科学省
独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
社会福祉法人 全国社会福祉協議会
公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会
一般社団法人 全国手をつなぐ育成会連合会
全日本特別支援教育研究連盟

社会福祉法人 日本肢体不自由児協会
公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
公益財団法人 日本知的障害者福祉協会
日本発達障害学会
一般社団法人 日本発達障害ネットワーク (50音順)

協力 一般社団法人 電子情報技術産業協会

応募規定

- ・自作の未発表の作品に限ります。
- ・字数は8000字以内。点字の場合は32マス×450行以内。自分で書くことが難しい場合、代筆（清書・口述筆記など）でも構いません。代筆者名を書き添えてください。
- ・著作を職業としている方の応募はご遠慮ください。
- ・応募作品は返却しません。また、選考過程に関する問い合わせにはお答えできません。

- ※「個人情報の取り扱いについて」の内容をご確認ください。
第2部門に応募する方は、作品中に記す対象者の同意もお取りいただき、応募票の同意欄をご記入ください。
- ※入選発表の際は、名前、障害名（障害者との関係）、年齢、居住地を作品とあわせて公表します。ご了承のうえご応募ください。
- ※入選作品の著作権は主催者に帰属し、入選作品はNHKの番組等で放送・紹介される場合があります。

個人情報の取り扱いについて

- ※NHK 厚生文化事業団は、「NHK 障害福祉賞」の応募者の個人情報を、賞に関する連絡と入選作品の発表に利用します。
- ※入選者の個人情報（名前、年齢、障害名、連絡先）は、NHK 厚生文化事業団とNHK (<https://www.nhk.or.jp>) との間で上記利用目的のために共同利用します。
- ※応募作品に個人を特定できる情報を含まないでください。また、要配慮個人情報が含まれる場合、応募によってNHK 厚生文化事業団が要配慮個人情報を取得することを、その対象者に同意していただいたものとして取り扱います。
- ※要配慮個人情報とは、人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報を指します。

選考委員（予定、五十音順 敬称略）

鈴木ひとみ（人権啓発講師）
 藤木 和子（全国障害者とともに歩む兄弟姉妹の会 副会長）
 柳田 邦男（ノンフィクション作家）
 NHK 第1制作センター長
 NHK 厚生文化事業団 理事長

応募方法

しめきり
7/31(日)
消印有効

【郵 送】 下の応募票を記入し、作品に添付してお送りください。

【WEB】 NHK厚生文化事業団ホームページの応募フォームからお送りください。

<https://npwo.or.jp/info/22221>
 右のQRコードからも応募できます。



賞（2部門を通じて）

最優秀 1編（賞金 50万円）
 優 秀 3編（賞金 20万円）
 佳 作 若干（賞金 5万円）
 矢野賞 1編（賞金 20万円）

矢野賞は、NHK 厚生文化事業団初代理事長の矢野一郎氏の功績を記念して設けられた、長年にわたる体験記に贈る賞です。

入選・作品発表

- ・11月中旬に全応募者に結果を通知します。
- ・12月に入選作品集を発行し、入選者（最優秀・優秀・矢野賞）への表彰式を行います。（状況により変更・中止する場合があります）
 ※昨年の入選作品をNHK 厚生文化事業団のホームページに掲載しています。
 ※入選作品集をご希望の方はお問い合わせください。

作品の送り先・問い合わせ先

NHK 厚生文化事業団「障害福祉賞」係
 〒150-0041 東京都渋谷区神南1-4-1 第七共同ビル
 TEL 03-3476-5955（平日10時～18時）
 FAX 03-3476-5956
 ホームページ <https://www.npwo.or.jp>



キリトリ線

応募票（第57回NHK障害福祉賞）

応募部門：（どちらかに○を） 第1部門 ・ 第2部門		題 名	
（ふりがな）		年 齢	歳
名 前			
住 所	〒	都道 府県	
電話番号	()	FAX番号	()
メールアドレス		職 業	
第1部門の方	障害名	第2部門の方	対象者との関係と障害名
	個人情報の取り扱いについて同意しました <input type="checkbox"/>		個人情報の取り扱いについて同意しました <input type="checkbox"/>
	個人情報の利用に同意し、入選作品集の送付を希望します <input type="checkbox"/>		応募にあたり作品中の対象者の同意を得ています <input type="checkbox"/>
			個人情報の利用に同意し、入選作品集の送付を希望します <input type="checkbox"/>

個人情報保護法順守のため、同意または希望される場合は、上記の□に必ずチェック☑をご記入ください。