

子どもの医療用ウィッグ

申込書



自然なつむじで上から見られても安心です

毛質

日本製の高級ファイバーと人毛ミックスで軽くてお手入れ簡単!

毛の植え方

分け目(トップ部分)は手植えで自然な仕上がります

フィット感

伸縮性のある柔らか素材のネットを使用

アジャスター性

8段階のアジャスターで調整ぴったりフィット

カラー

キッズ/ナチュラルブラック
 婦人/ナチュラルブラック・ダークブラウン・ブラウン

特定非営利活動法人
 パルサポートキッズの会

医療用ウィッグ申込書

ご記入日： 年 月 日

お申込者様	ご住所	〒		
	本人氏名	フリガナ	保護者氏名 (未成年の場合)	フリガナ
		ご連絡先		生年月日
	メールアドレス			
	ご希望のサイズ	Sサイズ (47~49cm) Mサイズ (50~52cm) Lサイズ (53~54cm) XLサイズ (55cm~)		
	ご希望のカラー	※医療用ウィッグ(キッズ)のカラー展開は一色(ナチュラルブラック)のみです。		
	ご病気に関して	病名		
症状 (発病時期等)				
病院				
ご担当主治医 または看護師		フリガナ	先生/	科
添付書類に関して	①医療機関の領収書も敷くは点数明細書(コピー) ※原本は確定申告の医療費控除申請時に必要となりますので、大切に保管ください。			

◆「個人情報の取扱い」については、ホームページをご参照ください。

◆医療用ウィッグはフリースタイルのため、いつのも美容院または提携美容室でカット(カール可能)してお好みのデザインで着用いただけます。

上記必要箇所ご記入の上ご返信ください。

TEL : (事務局) 092-707-3380
 MAIL : info@palsupportkids.org
 FAX : 092-401-8060

郵送先

〒815-0083 福岡県福岡市南区高宮3丁目10-9-402
NPO 法人パルサポートキッズの会
 事務局 泊 宛

この事業は令和6年度(独)
 福祉医療機構社会福祉振興助成を
 受けて実施しています。

