

# RENTE : RÉCAPITULATIF DES SOMMES VERSÉES

Intitulé de la collectivité (*tampon*) : \_\_\_\_\_

Nom et courriel de la personne à contacter pour ce dossier : \_\_\_\_\_

Nom patronymique et prénom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Nom marital du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

NIR bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Période versement de la rente : \_\_\_\_\_

Mois	Montant rente brut versé	Tierce personne	Rappel	Effet Rappel	TOTAL
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					
Mai					
Juin					
Juillet					
Août					
Septembre					
Octobre					
Novembre					
Décembre					
<b>TOTAL</b>					

\* revalorisation au 01/04

Arrête la présente demande de remboursement à la somme de (*somme en toutes lettres*) : \_\_\_\_\_

Le :        
Visa et Cachet de l'ordonnateur

Le :        
Visa et Cachet du Trésor public

Si TP versée, attestation non hospitalisation jointe (*razer la mention inutile*) :  oui  non

Observations : \_\_\_\_\_