

PENSION : 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 : _____

Année de versement : _____

Mois	Montant pension brut versé	Supplément familial de traitement	IR (si non compris dans la pension)	Allocation Sup. Invalidité	Tierce personne	Rappel	Effet Rappel	TOTAL
Janvier								
Février								
Mars								
Avril								
Mai								
Juin								
Juillet								
Août								
Septembre								
Octobre								
Novembre								
Décembre								
TOTAL								

* 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

Avis d'Imposition joint (*razer la mention inutile*) : oui non

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

Observations : _____