

**Service Action Sanitaire et Sociale
CPAM de Loire Atlantique**

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE
REMBOURSEMENT DE FRAIS BANCAIRES**

***Joindre un relevé ou une attestation de votre banque faisant apparaître votre nom et votre prénom
ainsi que les frais bancaires facturés.***

Nom :

Prénom :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

.....

Motif de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à

Le

Vous pouvez réaliser cette démarche en ligne :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/ass44remboursement>