



## Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_

Nom de la ressource / # de la ressource

Adresse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date	# usager	Type dépenses	Quantité (Nombre Km) (Nombre heure)	Précisions	Pièces justificatives jointes	Montant
<b><u>Toujours inscrire toutes les demandes pour le même usager avant d'en inscrire un autre</u></b>						
4-5-7-8-10-11-12	112233	Transports garderie	10 Km	Matin (7 x 10,75 \$)	0	75,25 \$
"	112233	" "	10 Km	Soir (7 x 10,75 \$)	0	75,25 \$
"	112233	Garderie		Voir reçu	1	69,50 \$
10	223344	Médicament		Voir reçu	1	7,50 \$
15	223344	Vêtements		Approuvé par J. G intervenant	1	75,00 \$
20	223344	Transport chez dentiste	2 Km	r.v. pour une carie	0	10,75 \$
5 et 17	223344	Transport voir maman	84 Km	Lévis à St-Apo (50km=10,75\$+34km à 0,43=14,62\$)	0	25,37 \$
2	334455	Stationnement		Voir reçu (indiquer le lieu du reçu)	1	5,00 \$
10	334455	Accompagnement	4 h 45	Urgence médicale ou Domaine judiciaire	1	40,00 \$
12	334455	Accompagnement	5 h	Urgence médicale ou Domaine judiciaire	1	80,00 \$
<b><u>** Ne pas oublier de signer et joindre les reçus au besoin **</u></b>						

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Doit être reçu par l'établissement au plus tard le 5 du mois**