

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 14/06/2026

Demande de prise en charge des frais liés à la maladie de mon enfant

Madame, Monsieur,

Assuré(e) auprès de votre caisse sous le numéro [numéro de sécurité sociale], je me permets de vous solliciter au sujet de mon enfant, [nom de l'enfant], âgé(e) de [âge], rattaché(e) à mes droits.

Son état de santé nécessite [nature des soins : suivi médical régulier, hospitalisations, traitement de longue durée], ce qui occasionne des frais importants : soins restant à ma charge, ainsi que les déplacements et l'hébergement liés au suivi à [lieu].

Mes ressources actuelles, qui s'élèvent à [montant des revenus mensuels], ne me permettent pas de faire face à l'ensemble de ces dépenses, malgré le remboursement déjà accordé par l'Assurance Maladie.

Je sollicite donc l'examen de ma situation par votre service d'action sanitaire et sociale et la prise en charge des frais restant à ma charge pour la période du [date de début] au [date de fin], au titre des aides destinées aux familles en difficulté.

Vous trouverez ci-joint les justificatifs de mes ressources et de mes charges, ainsi que les factures et documents médicaux attestant des dépenses engagées. Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire ou pour un entretien avec le service social.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature