



Antragsformular für die Rückerstattung der Wehrpflichtersatzabgabe (nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht)

Für die Prüfung Ihres Rückerstattungsanspruchs benötigen wir **zwingend Ihr Dienstbüchlein** sowie Ihre **IBAN** für die Überweisung des Guthabens auf Ihr Bank- oder Postkonto.

Versicherten-Nummer	
Name / Vorname	
Strasse	
PLZ / Wohnort	
Telefon-Nummer	
IBAN (Bank oder Postfinance)	
Name und Adresse Kontoinhaber (falls abweichend)	

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit Ihrem Dienstbüchlein an folgende Adresse:

Amt für Militär und Zivilschutz
Wehrpflichtersatzabgabe
Schlossweg 4
7023 Haldenstein