



**Antragsformular  
für Rückerstattung  
bezahlter Wehrpflichtersatzabgaben  
mit Bank- oder Postcheckkonto**

**Abteilung Militär und  
Bevölkerungsschutz**  
Wehrpflichtersatzverwaltung

AHV-Nummer (alt): .....

Versicherungs-Nummer (neu): .....

Name und Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ / Wohnort: .....

Telefon-Nummer: .....

**Überprüfung des Rückerstattungsanspruches**

für das/die Ersatzjahr(e) .....

bezahlt im/in den Kanton(en) .....

Sollten Sie die Ersatzabgabe noch in einem anderen Kanton bezahlt haben, leiten wir dieses Schreiben mit Dienstbüchlein an die zuständige Stelle weiter.

***Bank- oder Postcheckkonto für Rückerstattungen***

**Bankverbindung**

Name der Bank .....

Adresse .....

PLZ / Ort .....

IBAN-Nummer oder .....

Clearing-Nummer und .....

Bank-Konto-Nummer .....

**PostFinance**

Post-Konto-Nummer .....

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift

**Beilage: Dienstbüchlein**

Für allfällige Rückfragen:  
Anita Schildknecht  
Sachbearbeiterin Rückerstattungen  
Telefon: 062 835 31 24; Fax: 062 835 31 18  
E-Mail: [anita.schildknecht@ag.ch](mailto:anita.schildknecht@ag.ch)

Unsere Postadresse:  
**Wehrpflichtersatzverwaltung  
des Kantons Aargau  
Rohrerstrasse 7, Postfach  
5001 Aarau**