

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

Militär und Bevölkerungsschutz

Sektion Wehrpflichtersatzverwaltung

FORMULAR

Antrag für Rückerstattung ZIVI

per Post an:

Wehrpflichtersatzverwaltung
Rohrerstrasse 7, Postfach
5001 Aarau

oder

per E-Mail an:

wehrpflicht.amb@ag.ch

Personalien

AHV- / Vers.-Nr.	
Name / Vorname	
Strasse / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
E-Mail	

Überprüfung des Rückerstattungsanspruches (nur ausfüllen sofern bekannt)

für das/die Ersatzjahr(e)	
bezahlt im/in (den) Kanton(en)	

IBAN des Bank- oder Postkontos für Rückerstattungen

Name der Bank	
PLZ / Ort	
IBAN-Nr.	

Abweichender Kontoinhaber (falls nicht Ihr Konto!)

Name / Vorname	
Strasse / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	

Ort / Datum:

--