



Amt für Militär und Zivilschutz
Militär - Wehrpflichtersatzabgabe

Antragsformular für die Rückerstattung

Das Formular ist, zusammen mit der Beilage, wie folgt einzureichen:

Amt für Militär und Zivilschutz
Wehrpflichtersatzabgabe
Burgstrasse 50
9000 St.Gallen

Beilage: Angehörige der Armee: **Dienstbüchlein**
 Zivildienstleistende: **Bestätigung der Dienstleistungspflicht**

Personalien

Versicherungs-Nr. **756** . _____ . _____ . ____

Name und Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ und Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Überprüfung des Rückerstattungsanspruches

bezahlt in den Kantonen St.Gallen _____

Kontoangaben für die Rückerstattung

IBAN-Nr. **CH** _____

Kontoinhaber _____

PostFinance Bankkonto

_____ Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift