



Amt für Militär und Bevölkerungsschutz  
Wehrpflichtersatzverwaltung  
Wilstrasse 1  
Postfach 1247  
6371 Stans - Oberdorf

## Antragsformular für Rückerstattung bezahlter Ersatzabgaben nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular aus und senden es **mit Ihrem Dienstbüchlein im Original** an obenstehende Adresse. Angehörige des Zivildienstes haben das Dienstbüchlein nicht zwingend einzusenden.

### Personalien

AHV- oder Versichertennummer	
Name und Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

### Überprüfung des Rückerstattungsanspruches (nur ausfüllen, sofern bekannt)

für das/die Ersatzjahr/e	
Bezahlt im Kanton bzw. in den Kantonen	

### Bank- oder Postcheckkonto für Rückerstattungen

Name des Bankinstituts	
PLZ und Ort	
IBAN Nr.	
Post-Kontonummer	

Datum		Ort	
-------	--	-----	--

Unterschrift

--