

**Amt für Militär und Bevölkerungsschutz**

Wehrpflichtersatzverwaltung  
 Hauptgasse 70  
 4509 Solothurn  
 Telefon 032 627 28 11

**Antragsformular für Rückerstattung**

Rückerstattung bezahlter Ersatzabgaben nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht

Bitte füllen Sie, wenn möglich, alle Felder aus (die mit \* bezeichneten Felder müssen ausgefüllt werden).

Für die Prüfung Ihres Rückerstattungsanspruches benötigen wir **zwingend Ihr original Dienstbüchlein (DB)** sowie **die IBAN-Nr.** für die Überweisung Ihres Guthabens auf Ihr Bank- oder Postkonto (CH).

Die Voraussetzungen für die Rückerstattung finden Sie in Art. 39 WPEG und Art. 54 WPEV (Bundesgesetz und Verordnung über die Wehrpflichtersatzabgabe).

**Personalien:**

Versicherten-Nr. (AHVN13) *	
AHV-Nr. (alt)	
Name und Vorname *	
Strasse und Nr. *	
PLZ / Wohnort *	
Telefon-Nr. *	
E-Mail-Adresse *	

**Überprüfung des Rückerstattungsanspruches**

Für das/die Ersatzjahr(e)	
Bezahlt im/in (den) Kanton(en)	

(nur ausfüllen, sofern bekannt)

**Bank oder Post**

XX XXXX XXXX XXXX XXXX X

IBAN *	CH						
Bankname oder Postfinance *							
BC-Nr. / SWIFT							

**Bemerkungen**

--

--	--

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Das Formular ist, zusammen mit dem **DB**, wie folgt einzureichen:

Wehrpflichtersatzverwaltung  
 des Kantons Solothurn  
 Hauptgasse 70  
 4509 Solothurn