

คู่มือสำหรับประชาชน: การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัดพ.ศ. ๒๕๔๐

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ - วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -

จำนวนคำขอที่มากที่สุด -

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ- กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ เบอร์โทรติดต่อ ๐๕๕-๔๑๗๔๑๒ / ติดต่อด้วย
ตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑. หลักเกณฑ์

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจออกข้อบัญญัติจัดเก็บภาษีตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด
พ.ศ. ๒๕๔๐ สำหรับภาษียาสูบอัตราไม่เกิน ๑๐ สตางค์

๒. วิธีการ

ผู้ประกอบการยื่นแบบแสดงรายการภาษีและชำระภาษีต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ณ
สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓. เงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้ประกอบการจดทะเบียนสถานการค้าต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแบบองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๔. ผู้ประกอบการเสียเบี้ยปรับและเงินเพิ่มในกรณี

๔.๑ กรณีไม่ยื่นแบบแสดงรายการค่าธรรมเนียมกับชำระค่าธรรมเนียมในเวลากำหนดเสียเบี้ยปรับ ๒ เท่าของค่าธรรมเนียมที่ต้องเสีย

๔.๒ กรณียื่นแบบแสดงรายการค่าธรรมเนียมกับชำระค่าธรรมเนียมในเวลาที่กำหนดแต่ไม่ถูกต้องเสียเบี้ยปรับ ๑ เท่าของค่าธรรมเนียมที่ขาดไป

๔.๓ กรณีหลีกเลี่ยงไม่นำส่งค่าธรรมเนียมต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐.- บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

๕. บทกำหนดโทษ

๕.๑ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัตินี้ต้องระวางโทษไม่เกิน ๑,๐๐๐.- บาท

๕.๒ ผู้มีหน้าที่เสียภาษีแต่ไม่ยื่นแบบแสดงรายการภาษีต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๑ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๑,๐๐๐.- บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

๕.๓ ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จหรือนำหลักฐานมาแสดงเท็จระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๑ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๑,๐๐๐.- บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

๖. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนและไม่อาจแก้ไขเพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกสองฝ่ายและรายการเอกสาร/หลักฐานร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมหากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา

๗. พนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะยังไม่พิจารณาคำขอและยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงานจนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกสองฝ่ายนั้นเรียบร้อยแล้ว

๘. ระยะเวลาการให้บริการตามคู่มือเริ่มนับหลังจากเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบคำขอและรายการเอกสารหลักฐานแล้วเห็นว่ามีครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ประกอบการยื่นแบบ ๑.๑ แบบรายการภาษี องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. ๐๒-๑) ๑.๒ งบเดือนแสดง รายละเอียดการขายยาสูบ (อบจ. ๐๒-๓) และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ เอกสาร	๑๐ นาที	กองคลัง องค์การ บริหารส่วน จังหวัดอุดรดิตถ์	
๒)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ออกใบเสร็จรับเงิน	๕ นาที	กองคลัง องค์การ บริหารส่วน จังหวัดอุดรดิตถ์	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๕ นาที

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	แบบรายการภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. ๐๒-๑)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	งบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบ (อบจ. ๐๒-๓)	-	๑	๐	ฉบับ	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ

๑๖. คำธรรมเนียม

ภาษียาสูบอัตราเงิน ๙.๓๐ สตางค์

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑๗.๑. ช่องทางการร้องเรียน- ฝ่ายนิติการและการพาณิชย์ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
โทรศัพท์ ๐๕๕-๔๑๔๖๗๑

๑๗.๒ ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. แบบตามรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติฯ (ยาสูบ) (แบบ อบจ.๐๑ - ๑)

๒. บัญชีแสดงรายการปริมาณยาสูบที่ได้มาและจำหน่ายไป (แบบ อบจ.๐๒ - ๒)

๓. งบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบ (แบบ อบจ.๐๒ - ๓)

๑๙. หมายเหตุ

อบจ.02-1 		องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี แบบตามรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....		
(1) ชื่อผู้ค้าปลีก..... ชื่อสถานค้าปลีก..... สถานค้าปลีกตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท..... เล่มที่..... เลขที่.....			(2) ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำเดือน..... สำหรับ เจ้าพนักงาน งาน (9) ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)			
(3) รายการที่	(4) ยาสูบชนิด	(5) รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก		(6) อัตราภาษี มวนละ 9.30 สตางค์	(7) จำนวนเงิน	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน		บาท	สต.
1	บุหรี่ยิกกาแรด					
2	บุหรี่ยิกการ์					
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการภาษี บำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตาม ความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) ผู้ค้าปลีก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....				(8) รวม (ตัวอักษร) (.....)		



องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี
บัญชีแสดงรายการปริมาณยาสูบที่ได้มาและจำหน่ายไป

เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ..... ผู้ได้รับอนุญาตขายยาสูบชนิด ☐ บุหรี่ซิการ์ ☐ บุหรี่ซิการ์

ตามใบอนุญาตขายยาสูบเล่มที่..... เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รายการที่	ยาสูบชนิด	ยอดคงเหลือยกมา		ปริมาณการรับ		ปริมาณการจำหน่าย		ยอดคงเหลือยกไป	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน
1.	บุหรี่ยาสูบ								
2.	บุหรี่ยาสูบ								
	รวม								

หมายเหตุ 1. ยอดคงเหลือยกมาและยกไปให้ลงทุกเดือน

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

เลขที่รับ.....
เลขที่ส่ง.....

กรมการไฟฟ้า

[illegible]

ขอเสนอขอประกอบ..... พ.ศ.

M. J.

.....

๒. ประเมินผลตามสภาพ 1

ศูนย์บริการ ประเภท 2

ตามใบอนุญาตนายกตำบลที่.....	เลขที่.....	ชื่อสถานที่.....	ตั้งอยู่เลขที่.....	ศรอก/ซอย.....
ถนน.....	ตำบล.....	อำเภอ.....	จังหวัด.....	ขอแจ้งรายละเอียดการขยายพื้นที่.....
				

..... **ตรวจ/ชอย**.....

ขอแจ้งรายละเอียดการจ่ายยาตามแต่ละชนิด ดังนี้

หรือ ทอ ย ู โอง บ ุ ค ค ล ห ร อ ร าน ุ ศ าท ุ ไ ต ย ุ ไ ห

รายการท

১১

เลขที่ / ถนน

តំណ

ตัวนำ

ရဲဘဲ

๒๕๖๓

प्रमाण

၁၀၈၂၆၆၆

၂၆၂၆၂၆

5

การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากร
ให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6710

[.....]

