

กองคลัง

## คู่มือสำหรับประชาชน

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ      | การรับชำระภาษีโรงเรือนและที่ดิน      |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ |

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การรับชำระภาษีโรงเรือนและที่ดิน
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : กองคลัง
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
  - ๑) พระราชบัญญัติภาษีโรงเรือนและที่ดินพ.ศ. ๒๔๗๕
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
 

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชนสำหรับคู่มือประชาชนการรับชำระภาษีโรงเรือนและที่ดิน ๒๕/๐๕/๒๕๕๘ ๑๖๒๔
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
  - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ ให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หมายเหตุ (-)

## ๑๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

พระราชบัญญัติภาษีโรงเรือนและที่ดินพ.ศ. ๒๔๗๕ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการรับชำระภาษีโรงเรือนและที่ดินจากทรัพย์สินที่ เป็นโรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างอย่างอื่น ๆ และที่ดินที่ใช้ต่อเนื่องกับโรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างอย่างอื่นนั้น โดยมีหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขดังนี้

๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/เมืองพัทยา) ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนและวิธีการชำระภาษี
๒. แจ้งให้เจ้าของทรัพย์สินทราบเพื่อยื่นแบบแสดงรายการทรัพย์สิน (ภ.ร.ด.๒)
๓. เจ้าของทรัพย์สินยื่นแบบแสดงรายการทรัพย์สิน (ภ.ร.ด.๒) ภายในเดือนกุมภาพันธ์
๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบแบบแสดงรายการทรัพย์สินและแจ้งการประเมินภาษี (ภ.ร.ด.๘)
๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับชำระภาษี (เจ้าของทรัพย์สินชำระภาษีทันทีหรือชำระภาษีภายในกำหนดเวลา)
๖. เจ้าของทรัพย์สินดำเนินการชำระภาษีภายใน ๓๐ วันนับแต่ได้รับแจ้งการประเมินกรณีที่เจ้าของทรัพย์สินชำระภาษีเกินเวลาที่กำหนดจะต้องชำระเงินเพิ่มตามอัตราที่กฎหมายกำหนด
๗. กรณีที่ผู้รับประเมิน (เจ้าของทรัพย์สิน) ไม่พอใจการประเมินสามารถอุทธรณ์ต่อผู้บริหารท้องถิ่นได้ภายใน ๑๕ วันนับแต่ได้รับแจ้งการประเมินโดยผู้บริหารท้องถิ่นชี้ขาดและแจ้งเจ้าของทรัพย์สินทราบภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่เจ้าของทรัพย์สินยื่นอุทธรณ์ (ภ.ร.ด.๙)
๘. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนและไม่อาจแก้ไขเพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกสองฝ่ายและรายการเอกสาร/หลักฐานร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมหากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา
๙. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอและยังนับระยะเวลาดำเนินงานจนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกสองฝ่ายนั้นเรียบร้อยแล้ว
๑๐. ระยะเวลาการให้บริการตามคู่มือเริ่มนับหลังจากเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบคำขอและรายการเอกสารหลักฐานแล้วเห็นว่ามีครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน
๑๑. จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบภายใน ๗ วันนับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ

๑. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                                                                                                 | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ                                                                                                                                                                             |
|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑   | การตรวจสอบเอกสาร | เจ้าของทรัพย์สินยื่นแบบแสดงรายการทรัพย์สิน (ภ.ร.ด.๒) เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร                                                  | ๑ วัน             | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   | ๑. ระยะเวลา : ๑ วัน<br>๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่                                                                                                       |
| ๒   | การพิจารณา       | พนักงานเจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบรายการทรัพย์สินตามแบบแสดงรายการทรัพย์สิน (ภ.ร.ด.๒) และแจ้งการประเมินภาษีให้เจ้าของทรัพย์สิน ดำเนินการชำระภาษี | ๓๐ วัน            | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   | ๑. ระยะเวลา : ภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่ยื่นแบบแสดงรายการทรัพย์สิน (ภ.ร.ด.๒) (ตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองฯ )<br>๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๑ วัน

๒. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน



### ๑๓. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

### ๑๔. ช่องทางการร้องเรียน

#### ๑. ช่องทางการร้องเรียน

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ หมู่ที่ ๖ บ้านห้วยนา ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

### ๑๕. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. แบบแจ้งรายการเพื่อเสียภาษีโรงเรือนและที่ดิน (ภ.ร.ด. ๒) ๒. แบบคำร้องขอให้พิจารณาการประเมินภาษีโรงเรือนและที่ดิน (ภ.ร.ด. ๙)

### การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โทรศัพท์ : ๐ ๔๕๕๒ ๓๙๑๘

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.huayrai.go.th>

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

27 - 30 -02

|                                   |
|-----------------------------------|
| ภ.ร.ค. ๒                          |
| ภ.ร.ค. ๘ เลขที่.....เล่มที่.....  |
| ภ.ร.ค. ๑๒ เลขที่.....เล่มที่..... |

|                                |
|--------------------------------|
| เลขรับที่.....                 |
| เลขประจำตำบลที่.....           |
| เลขประจำตำบล พ.ศ. ก่อนที่..... |

**แบบแจ้งรายการเพื่อเสียภาษีโรงเรือนและที่ดิน**  
**ประจำปีภาษี ๒๕.....**

|                          |                     |                                                               |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| ชื่อผู้ขอรับประเมิน..... |                     | โรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างที่เป็นกรรมสิทธิ์ของผู้ยื่นคำอยู่ที่ |
| สัญชาติ.....             | อยู่บ้านเลขที่..... | ถนน,ตรอก,ซอย.....                                             |
| ถนน.....                 | ตรอก , ซอย.....     | ตำบล.....                                                     |
| ใกล้เคียงกับ.....        | ตำบล.....           | อำเภอ.....                                                    |
| อำเภอ.....               | จังหวัด.....        | จังหวัด.....                                                  |

ขออื่นรายการเพื่อเสียภาษีโรงเรือนและที่ดินต่อ {เทศบาล..... ตั้งมีรายการต่อไปนี้ :-  
องค์การบริหารส่วนตำบล.....

| จำนวนโรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างอย่างอื่น ๆ ซึ่งได้แจ้ง<br>รายการในบัญชีฉบับนี้ | รายการ      | หลัง | ห้อง |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|------|
|                                                                               | ตึก         |      |      |
|                                                                               | เรือน       |      |      |
|                                                                               | โรง         |      |      |
|                                                                               | ตึกแถว      |      |      |
|                                                                               | โรงเรือนแถว |      |      |
|                                                                               | แพ          |      |      |
|                                                                               | อื่น ๆ      |      |      |

**คำเตือนและคำแนะนำ**

๑. ภาษีโรงเรือนและที่ดินนี้เรียกเก็บตามมาตรา ๑๕ , ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติภาษีโรงเรือนและที่ดิน พ.ศ. ๒๔๖๕
๒. ผู้ใดไม่ยื่นแบบแจ้งรายการต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ภายในกำหนดเวลาตามประกาศของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความ  
ผิดตามมาตรา ๔๖ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ๒๐๐ บาท
๓. แสดงรายการหรือให้ข้อมูลเท็จ หรือนำพยานหลักฐานเท็จมาแสดง หรือโดยอุบายฉ้อโกง หรือโดยวิธีการ  
อย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อจะหลีกเลี่ยงการคำนวณค่าภาษี แห่งทรัพย์สิน มีความผิดตามมาตรา ๔๘ ต้องระวางโทษ  
จำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท หรือทั้ง จำ ทั้ง ปรับ
๔. ถ้าเป็นผู้ทำการแทนผู้อื่นต้องมีใบมอบอำนาจตามกฎหมาย

(มีค่อน้ำหลัง)

| เลข<br>ลำดับ<br>ที่ | โรงเรียน<br>หรือ<br>สิ่งปลูกสร้าง<br>เลขที่ | อยู่ที่<br>ถนน, ตรอก,<br>ซอย | ค่าเช่าหรือประโยชน์อย่างอื่นที่อาจคิดเป็นค่าเงินได้ในปีที่ล่วงแล้ว ( พ.ศ. .... ) |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|---------------------|---------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|-----|--------|-----|--------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|-----------|-----|---------|-----|-----------|-----|--|--|
|                     |                                             |                              | มกราคม                                                                           |     | กุมภาพันธ์ |     | มีนาคม |     | เมษายน |     | พฤษภาคม |     | มิถุนายน |     | กรกฎาคม |     | สิงหาคม |     | กันยายน |     | ตุลาคม |     | พฤศจิกายน |     | ธันวาคม |     | รวมทั้งปี |     |  |  |
|                     |                                             |                              | บาท                                                                              | สต. | บาท        | สต. | บาท    | สต. | บาท    | สต. | บาท     | สต. | บาท      | สต. | บาท     | สต. | บาท     | สต. | บาท     | สต. | บาท    | สต. | บาท       | สต. | บาท     | สต. | บาท       | สต. |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |
|                     |                                             |                              |                                                                                  |     |            |     |        |     |        |     |         |     |          |     |         |     |         |     |         |     |        |     |           |     |         |     |           |     |  |  |



บันทึกThis image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features approximately 20 horizontal rows. Each row is defined by three parallel lines: a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line. The lines are evenly spaced and extend across the entire width of the page, providing a guide for letter height and placement. There is no text or other markings on the page.

## คู่มือสำหรับประชาชน

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ      | การรับชำระภาษีป้าย                   |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลโนนธาตุ |

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การรับชำระภาษีป้าย
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : กองคลัง
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
  - ๑) พระราชบัญญัติภาษีป้าย พ.ศ. ๒๕๑๐
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
 

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐    นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
 

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน    ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด    ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด    ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชนสำหรับคู่มือประชาชนการรับชำระภาษีป้าย๒๖/๐๕/๒๕๕๘ ๑๖๑๕
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
  - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ **เปิดให้บริการ** วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (-)

## ๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ตามพระราชบัญญัติภาษีป้ายพ.ศ. ๒๕๑๐ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการรับชำระภาษีป้ายแสดงชื่อยี่ห้อหรือเครื่องหมายที่ใช้เพื่อการประกอบการค้าหรือประกอบกิจการอื่นหรือโฆษณาการค้าหรือกิจการอื่นเพื่อหารายได้โดยมีหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขดังนี้

๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล) ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนและวิธีการเสียภาษี

๒. แจ้งให้เจ้าของป้ายทราบเพื่อยื่นแบบแสดงรายการภาษีป้าย (ภ.ป. ๑)

๓. เจ้าของป้ายยื่นแบบแสดงรายการภาษีป้าย (ภ.ป. ๑) ภายในเดือนมีนาคม

๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบแบบแสดงรายการภาษีป้ายและแจ้งการประเมินภาษีป้าย (ภ.ป. ๓)

๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับชำระภาษี (เจ้าของป้ายชำระภาษีทันทีหรือชำระภาษีภายในกำหนดเวลา)

๖. กรณีที่เจ้าของป้ายชำระภาษีเกินเวลาที่กำหนด (เกิน ๑๕ วันนับแต่ได้รับแจ้งการประเมิน) ต้องชำระภาษีและเงินเพิ่ม

๗. กรณีที่ผู้รับประเมิน (เจ้าของป้าย) ไม่พอใจการประเมินสามารถอุทธรณ์ต่อผู้บริหารท้องถิ่นได้ภายใน ๓๐ วัน นับแต่ได้รับแจ้งการประเมินเพื่อให้ผู้บริหารท้องถิ่นชี้ขาดและแจ้งให้ผู้เสียภาษีทราบตามแบบ (ภ.ป. ๕) ภายในระยะเวลา ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัติภาษีป้ายพ.ศ. ๒๕๑๐

๘. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนและไม่อาจแก้ไขเพิ่มเติมได้ในขณะนั้นผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกสองฝ่ายและรายการเอกสาร /หลักฐานร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมหากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข /เพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา

๙. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอและยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงานจนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกสองฝ่ายนั้นเรียบร้อยแล้ว

๑๐. ระยะเวลาการให้บริการตามคู่มือเริ่มนับหลังจากเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบคำขอและรายการเอกสารหลักฐานแล้วเห็นว่ามีความครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน

๑๑. หน่วยงานจะมีการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบภายใน ๗ วันนับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จตามมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการพ.ศ. ๒๕๕๘

## ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                                                                     | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ                                                                                                                                                                            |
|-----|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑   | การตรวจสอบเอกสาร | เจ้าของป้ายยื่นแบบแสดงรายการภาษีป้าย (ภ.ป. ๑) เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารหลักฐาน | ๑ วัน             | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   | ๑. ระยะเวลา : ๑ วัน (ภายในเดือนมีนาคมของทุกปี)<br>๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่                                                                              |
| ๒   | การพิจารณา       | พนักงานเจ้าหน้าที่พิจารณาตรวจสอบรายการป้ายตามแบบแสดงรายการภาษีป้าย (ภ.ป.๑) และแจ้งการประเมินภาษี                  | ๓๐ วัน            | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   | ๑. ระยะเวลา : ภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่ยื่นแสดงรายการภาษีป้าย (ภ.ป.๑) (ตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. ๒๕๓๙)<br>๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ                                                                                                                                                                     |
|-----|---------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๓   | การพิจารณา    | เจ้าของป้ายชำระภาษี           | ๑๕ วัน            | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   | ๑. ระยะเวลา : ภายใน ๑๕ วันนับแต่ได้รับแจ้งการประเมิน (กรณีชำระเกิน ๑๕ วันจะต้องชำระเงินเพิ่มตามอัตราที่กฎหมายกำหนด )<br>๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๔๖ วัน

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน                                                              | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| ๑   | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐพร้อมสำเนา                      | -                          | ๑                   | ๑                | ชุด            | -        |
| ๒   | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา                                                                | -                          | ๑                   | ๑                | ชุด            | -        |
| ๓   | แผนผังแสดงสถานที่ตั้งหรือแสดงป้ายรายละเอียดเกี่ยวกับป้ายวันเดือนปีที่ติดตั้งหรือแสดง | -                          | ๑                   | ๐                | ชุด            | -        |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นยื่นตัวตน                                                                                            | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ๔   | หลักฐานการ<br>ประกอบกิจการ<br>เช่นสำเนาใบ<br>ทะเบียนการค้า<br>สำเนาทะเบียน<br>พาณิชย์สำเนา<br>ทะเบียน<br>ภาษีมูลค่าเพิ่ม | -                              | ๐                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๕   | หนังสือรับรองนิติ<br>บุคคล (กรณีนิติ<br>บุคคล) พร้อม<br>สำเนา                                                            | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๖   | สำเนา<br>ใบเสร็จรับเงิน<br>ภาษีป้าย (ถ้ามี)                                                                              | -                              | ๐                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๗   | หนังสือมอบ<br>อำนาจ (กรณี<br>มอบอำนาจให้<br>ดำเนินการแทน)                                                                | -                              | ๑                       | ๐                    | ฉบับ               | -        |

๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่                                   | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม |                               |                                |                         |                      |                    |          |

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

## ๑๘. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## ๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน                                                                                              | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ๑   | บัตรประจำตัว<br>ประชาชนหรือ<br>บัตรที่ออกให้โดย<br>หน่วยงานของรัฐ<br>พร้อมสำเนา                                          | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๒   | ทะเบียนบ้าน<br>พร้อมสำเนา                                                                                                | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๓   | แผนผังแสดง<br>สถานที่ตั้งหรือ<br>แสดงป้าย<br>รายละเอียด<br>เกี่ยวกับป้ายวัน<br>เดือนปีที่ติดตั้ง<br>หรือแสดง             | -                              | ๑                       | ๐                    | ชุด                | -        |
| ๔   | หลักฐานการ<br>ประกอบกิจการ<br>เช่นสำเนาใบ<br>ทะเบียนการค้า<br>สำเนาทะเบียน<br>พาณิชย์สำเนา<br>ทะเบียน<br>ภาษีมูลค่าเพิ่ม | -                              | ๐                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๕   | หนังสือรับรองนิติ<br>บุคคล (กรณีนิติ<br>บุคคล) พร้อม<br>สำเนา                                                            | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๖   | สำเนา<br>ใบเสร็จรับเงิน<br>ภาษีป้าย (ถ้ามี)                                                                              | -                              | ๐                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๗   | หนังสือมอบ<br>อำนาจ (กรณี<br>มอบอำนาจให้<br>ดำเนินการแทน)                                                                | -                              | ๑                       | ๐                    | ฉบับ               | -        |

## ๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่                                   | รายการเอกสารยื่น<br>เพิ่มเติม | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้ออก<br>เอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม |                               |                                    |                         |                      |                    |          |

## ๑๙. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

## ๒๐. ช่องทางการร้องเรียน

## ๑. ช่องทางการร้องเรียน

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ หมู่ที่ ๖ บ้านห้วยนา ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญจังหวัดอำนาจเจริญ

## ๒๑. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. แบบแจ้งรายการเพื่อเสียภาษีป้าย (ภ.ป. ๑) ๒. แบบยื่นอุทธรณ์ภาษีป้าย (ภ.ป. ๔)

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โทรศัพท์ : ๐ ๔๕๕๒ ๓๙๑๘

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.huayrai.go.th>

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

26-30-01

ภ.ป. 1  
แบบแสดงรายการภาษีป้าย  
ประจำปี พ.ศ. 25.....



ชื่อเจ้าของป้าย.....ชื่อสถานประกอบการค้าหรือกิจการอื่น.....  
เลขที่.....ตรอก, ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
ขอขึ้นแบบแสดงรายการภาษีป้ายต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ.....ตามรายการต่อไปนี้

| 1<br>ประเภทป้าย                                                   | 2<br>ขนาดป้าย ซม. |     | 3<br>เนื้อที่ป้าย<br>ตาราง ซม. | 4<br>จำนวน<br>ป้าย | 5<br>ข้อความหรือภาพหรือ<br>เครื่องหมายที่ปรากฏ ในป้าย<br>โดยย่อ | 6<br>สถานที่ติดตั้งป้ายและวันติดตั้ง<br>(แสดงป้าย) ถนน,ตรอก,ซอย<br>ตำบลอำเภอ,สถานที่ใกล้เคียง<br>หรือระหว่าง ก.ม.ที่ | 7<br>หมายเหตุ |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                   | กว้าง             | ยาว |                                |                    |                                                                 |                                                                                                                      |               |
| (1)<br>มีอักษร<br>ไทยล้วน                                         |                   |     |                                |                    |                                                                 |                                                                                                                      |               |
| (2)<br>มีอักษรไทย<br>ปนอักษร<br>ต่างประเทศ<br>หรือ<br>เครื่องหมาย |                   |     |                                |                    |                                                                 |                                                                                                                      |               |
| (3)<br>ป้ายที่ไม่มี<br>อักษรไทย                                   |                   |     |                                |                    |                                                                 |                                                                                                                      |               |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ในแบบนี้ถูกต้องและครบถ้วนตามความจริงทุกประการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....เจ้าของป้าย

|                         |
|-------------------------|
| เลขรับที่.....          |
| วันที่...../...../..... |
| สำนักงานที่รับ.....     |
| เลขรับปีก่อน.....       |
| ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ    |

บันทึกการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

#### รายงานการประเมินภาษีป้าย

ได้ทำการประเมินภาษีป้ายตามรายการที่ปรากฏในแบบแสดงรายการภาษีป้าย  
รายนี้แล้ว เจ้าของป้ายจะต้องเสียภาษีดังนี้.-

1. ค่าภาษีป้ายตามแบบแสดงรายการภาษีป้ายเป็นเงิน.....บาท  
.....สตางค์
2. ค่าเพิ่มภาษีป้ายตามมาตรา 25 (1) (ไม่อื่นแบบแสดงรายการภาษีป้ายภายใน  
เวลาที่กำหนด) ร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท.....สตางค์  
รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน.....บาท.....สตางค์  
ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

#### คำขอชำระภาษี

ข้าพเจ้าได้ทราบการประเมินภาษีป้ายข้างต้นแล้ว ขอชำระภาษีป้ายให้เสร็จไป  
พร้อมนี้

ลงชื่อ.....ผู้ชำระภาษีป้าย  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

#### รายการรับชำระภาษีป้าย

ได้รับเงินภาษีป้าย.....บาท.....สตางค์ แต่วันที่.....  
ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....  
ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน

#### บันทึกเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

## คู่มือสำหรับประชาชน

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ      | การรับชำระภาษีบำรุงท้องที่           |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลโนนธาตุ |

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การรับชำระภาษีบำรุงท้องที่
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : กองคลัง
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
  - ๑) พระราชบัญญัติภาษีบำรุงท้องที่
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
 

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชนสำหรับคู่มือประชาชนการรับชำระภาษีบำรุงท้องที่
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
  - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ ให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หมายเหตุ (-)

## ๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ที่ดินที่ต้องเสียภาษีบำรุงท้องที่ ได้แก่ ที่ดินที่เป็นของบุคคลหรือคณะบุคคล ไม่ว่าจะเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลซึ่งมีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน หรือสิทธิครอบครองอยู่ในที่ดินที่ไม่เป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชน ที่ดินที่ต้องเสียภาษีบำรุงท้องที่ ได้แก่ พื้นที่ดิน และพื้นที่ที่เป็นภูเขาหรือที่มีน้ำด้วย โดยไม่เป็นที่ดินที่เจ้าของที่ดินได้รับการยก เว้นภาษีหรืออยู่ในเกณฑ์ลดหย่อนผู้มีหน้าที่เสียภาษีบำรุงท้องที่ คือ ผู้ที่เป็นเจ้าของที่ดินในวันที่ ๑ มกราคมของปีใด มีหน้าที่เสียภาษีบำรุงท้องที่สำหรับปีนั้น

### ๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

๕. ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

กรณีมีการยื่นแบบแสดงรายการ (ภ.บ.ท.๕) ซึ่งต้องยื่นใหม่

งานพัฒนาและจัดเก็บรายได้ กองคลัง

ทุก ๔ ปี / ครั้ง (ภายในเดือนมกราคม)

๑. ผู้เป็นเจ้าของที่ดินยื่นแบบแสดงรายการที่ดิน (ภ.บ.ท. ๕)

๒. เจ้าหน้าที่รับแบบยื่น ภ.บ.ท.๕ และตรวจสอบเอกสารกับข้อมูลใน

ผ.ท.๔ และ ผ.ท.๕.

๓. คำนวณค่าภาษีบำรุงท้องที่จากหน่วยราคาปานกลางที่ดินและประเมิน

ค่าภาษีบำรุงท้องที่

๔. แจ้งการประเมิน (ภ.บ.ท.๕)

๕. ผู้มีหน้าที่เสียภาษีบำรุงท้องที่ชำระเงิน และรับใบเสร็จรับเงิน

ค่าภาษีบำรุงท้องที่ (ภ.บ.ท.๑๑)

๖. สำหรับการชำระภาษีในรอบ ๓ ปีถัดไป

๗. ผู้เป็นเจ้าของที่ดิน แจ้งชื่อ – สกุล ให้เจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบเอกสารกับข้อมูลทะเบียนทรัพย์สิน (ผ.ท.๔)

๘. ผู้มีหน้าที่เสียภาษีบำรุงท้องที่ชำระเงิน และรับใบเสร็จรับเงิน (ภ.บ.ท.๑๑)

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๓ วัน

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |                                                            |              |
|------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน                 | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ใบเสร็จรับเงินค่าภาษีบำรุงท้องที่ปีที่ผ่านมา (ภ.บ.ท.๑๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |

## ค่าธรรมเนียม

อัตราภาษีบำรุงท้องที่ที่กำหนดไว้ในบัญชีท้ายพระราชบัญญัติ แบ่งเป็น ๓๔ อัตรา

ราคาปานกลางที่ดินเกินไร่ละ ๓๐,๐๐๐ บาท ให้เสียภาษีดังนี้ ราคาปานกลางของที่ดิน ๓๐,๐๐๐ บาทแรก เสียภาษี ๗๐ บาท

ส่วนที่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท เสียภาษี ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อ ๒๕ บาท

ประกอบกิจกรรม ประเภทไม้ล้มลุกเสียกึ่งอัตรา

ด้วยตนเอง ไม่เกินไร่ละ ๕ บาท

ที่ดินว่างเปล่า เสียเพิ่ม ๑ เท่า

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โทรศัพท์: ๐ ๔๓๔๕-๖๒๐๐-๒

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.huayrai.go.th>

[illegible]

## คู่มือสำหรับประชาชน

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ      | การจดทะเบียนพาณิชย์                  |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ |

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การจดทะเบียนพาณิชย์
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : กองคลัง
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชนสำหรับคู่มือประชาชนการจดทะเบียนพาณิชย์
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
  - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ ให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หมายเหตุ (-)

## ๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้มีหน้าที่จดทะเบียนพาณิชย์ คือ บุคคลธรรมดาคนเดียว หรือหลายคน (ห้างหุ้นส่วนสามัญ) หรือนิติบุคคล รวมทั้งนิติบุคคลที่ตั้งขึ้นตามกฎหมาย ต่างประเทศที่มาตั้งสำนักงานสาขาในประเทศไทย ซึ่งประกอบกิจการ อันเป็นพาณิชย์กิจตามที่กระทรวงพาณิชย์กำหนด

### ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

#### ขั้นตอน

- การจดทะเบียนพาณิชย์ต้องมีสถานที่ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ประกอบกิจการ/เปลี่ยนแปลง/เลิกประกอบกิจการ
- ๑. ผู้ประกอบการกรอกรายการตามแบบ ทพ. และยื่นคำขอต่อเจ้าหน้าที่/นายทะเบียน
- ๒. เจ้าหน้าที่ / นายทะเบียนตรวจคำขอ และ หลักฐานต่างๆ
- ๓. ผู้ประกอบการรับใบสำคัญทะเบียนพาณิชย์ และชำระค่าธรรมเนียม

#### หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

งานจัดเก็บรายได้ กองคลัง

### ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

#### เอกสารประกอบการยื่น

- |                                                   |              |
|---------------------------------------------------|--------------|
| ๑) คำขอยจดทะเบียนพาณิชย์(แบบ ทพ.)                 | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบพาณิชย์กิจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ประกอบพาณิชย์กิจ         | จำนวน ๑ ฉบับ |

๔) กรณีผู้ประกอบการพาณิชย์กิจมิได้เป็นเจ้าของให้แนบเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- หนังสือให้ความยินยอมให้ใช้สถานที่ตั้งสำนักงานแห่งใหม่ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ความยินยอมเป็นเจ้าของ  
หรือสำเนาสัญญาเช่า จำนวน ๑ ฉบับ
- แผนที่แสดงสถานที่ตั้งซึ่งใช้ประกอบการพาณิชย์กิจและสถานที่สำคัญ  
บริเวณใกล้เคียงโดยสังเขป จำนวน ๑ ฉบับ

๕) กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

และสำเนาทะเบียนบ้านของ ผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

๖) กรณีผู้ประกอบการพาณิชย์กิจการขายหรือให้เช่าแผ่นซีดีแผ่นบันทึก วีดิทัศน์แผ่นวีดิทัศน์ดีวีดีหรือแผ่นวีดิทัศน์ระบบดิจิทัล เฉพาะที่เกี่ยวกับการบันเทิง ให้ส่งสำเนาหนังสืออนุญาตหรือหนังสือรับรองให้เป็นผู้จำหน่ายหรือให้ ชำสินค้า ดังกล่าวจากเจ้าของลิขสิทธิ์ของสินค้า ที่ขายหรือให้เช่า

๗) กรณีเปลี่ยนแปลง หรือ เลิก ประกอบพาณิชย์กิจให้นำใบทะเบียนพาณิชย์มาด้วย

- กรอกคำขอจดทะเบียน (แบบ ทพ.) พร้อมแนบเอกสารต่อเจ้าหน้าที่/นายทะเบียนพาณิชย์
- เจ้าหน้าที่/นายทะเบียนพาณิชย์ตรวจ พิจารณา ออกเลขรับ
- เจ้าหน้าที่/นายทะเบียนพาณิชย์ออกใบเสร็จเรียกเก็บค่าธรรมเนียม
- เจ้าหน้าที่/นายทะเบียนพาณิชย์จัดทำใบทะเบียนพาณิชย์ พร้อมจ่ายใบทะเบียนพาณิชย์เป็นอันเสร็จขั้นตอน

#### ค่าธรรมเนียม

| ที่ | รายการ                       | จำนวนเงิน (บาท) |
|-----|------------------------------|-----------------|
| ๑   | คำขอจดทะเบียนพาณิชย์ตั้งใหม่ | ๕๐              |
| ๒   | คำขอยกเลิกทะเบียนพาณิชย์     | ๒๐              |
| ๓   | คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ        | ๒๐              |
| ๔   | คำร้องขอรับใบแทน             | ๓๐              |
| ๕   | คำร้องขอรับรองสำเนา          | ๓๐              |

#### การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โทรศัพท์: ๐๔๕-๕๒๓-๙๑๘

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.huayrai.go.th>

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

## Clear Data

แบบ ทพ.

|                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์<br><input type="checkbox"/> สำนักงานทะเบียนพาณิชย์<br>อำเภอ _____<br>จังหวัด _____ | <br>คำของจดทะเบียน | (เฉพาะเจ้าหน้าที่)<br>เลขรับที่ _____<br>รับวันที่ _____<br>เลขที่คำขอเดิม _____<br>ทะเบียนเลขที่ _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ประเภทคำขอ**

☐ จดทะเบียนพาณิชย์ (ให้กรอก [1] - [8] ส่วน [9] - [12] ให้เลือกกรอกตามแต่กรณี)

☐ จดทะเบียนเปลี่ยนแปลงรายการ [ ] [ ] [ ] [ ] ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ เป็นดังนี้ (ให้กรอกเฉพาะรายการซึ่งประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลง)

☐ จดทะเบียนเลิกประกอบพาณิชย์ ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ (ให้กรอกรายการเฉพาะใน [1] [2] และ [5])

**[1] ชื่อผู้ประกอบการพาณิชย์** \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
 อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

**[2] ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์** ภาษาไทย \_\_\_\_\_  
 ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

**[3] ชนิดแห่งพาณิชย์** \_\_\_\_\_ รหัสสำหรับเจ้าหน้าที่

|           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) _____ | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| (2) _____ | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| (3) _____ | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| (4) _____ | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |

**[4] จำนวนเงินทุนที่นำมาใช้ในการประกอบพาณิชย์เป็นประจำ** จำนวน \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )

**[5] ที่ตั้งสำนักงานใหญ่** เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
 ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_  
 จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

**[6] ชื่อผู้จัดการ** \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_ ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_  
 หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
 อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

**[7] วันที่เริ่มต้นประกอบพาณิชย์ในประเทศไทย** ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_

**[8] วันที่ขอจดทะเบียนพาณิชย์** \_\_\_\_\_

**[9] รับโอนพาณิชย์นี้จาก** \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_ ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_  
 หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
 อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_  
 ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์ \_\_\_\_\_ โอนเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_  
 สาเหตุที่โอน \_\_\_\_\_

**[10] ที่ตั้งสำนักงานสาขา** เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
 ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_  
 จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_  
**ที่ตั้งโรงเก็บสินค้า** เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
 ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_  
 จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

ตัวแทนค้าต่าง คือ \_\_\_\_\_ ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_

ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_

อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

**[11] ชื่อ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ตำบลที่อยู่ และจำนวนทุนลงหุ้นของผู้เป็นหุ้นส่วน และจำนวนเงินทุนของห้างหุ้นส่วน**

ผู้เป็นหุ้นส่วนของห้างหุ้นส่วน/ผู้เป็นหุ้นส่วนเข้าใหม่ มีจำนวน \_\_\_\_\_ คน ดังนี้

(1) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

ลงหุ้นด้วย \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ บาท (ลงลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

ลงหุ้นด้วย \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ บาท (ลงลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

ลงหุ้นด้วย \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ บาท (ลงลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_

**[12] จำนวนเงินทุน จำนวนหุ้น และมูลค่าหุ้นของบริษัทจำกัด จำนวนและมูลค่าหุ้นที่บุคคลแต่ละสัญชาติถืออยู่**

ทุนจดทะเบียน \_\_\_\_\_ บาท แบ่งออกเป็น \_\_\_\_\_ หุ้น มูลค่าหุ้นละ \_\_\_\_\_ บาท

สัญชาติ \_\_\_\_\_ ถือหุ้น \_\_\_\_\_ หุ้น สัญชาติ \_\_\_\_\_ ถือหุ้น \_\_\_\_\_ หุ้น

สัญชาติ \_\_\_\_\_ ถือหุ้น \_\_\_\_\_ หุ้น สัญชาติ \_\_\_\_\_ ถือหุ้น \_\_\_\_\_ หุ้น

**[13] ผู้เป็นหุ้นส่วนออกหรือตาย จำนวน \_\_\_\_\_ คน ดังนี้ (ใช้กรณีขอจดทะเบียนเปลี่ยนแปลงรายการตามข้อ 11)**

(1) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

**[14] อื่น ๆ \_\_\_\_\_**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้ประกอบการพาณิชย์กิจ

(\_\_\_\_\_)

**บันทึกนายทะเบียนพาณิชย์**

รับจดทะเบียน ณ วันที่ \_\_\_\_\_

(ลงลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_ นายทะเบียนพาณิชย์

(\_\_\_\_\_)