คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ สังกัดกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
๑. ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ สังกัดกองคลัง อาคารสำนักงาน ชั้น ๓ โทรศัพท์ : ๐-๓๖๕๑-๑๗๒๑ โทรสาร : ๐-๓๖๕๑-๑๗๒๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
๒. ศูนย์บริการร่วม อาคารสำนักงาน ชั้นล่าง โทรศัพท์ : ๐-๓๖๕๒-๐๐๓๐ โทรสาร : ๐-๓๖๕๒-๐๐๓๐	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
๓. ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี http://203.151.94.211/eTax/Member/Login/SingBuri	ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทุกวันไม่เว้น วันหยุดราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจออกข้อบัญญัติจัดเก็บภาษีตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๐ สำหรับภาษียาสูบ อัตรามวนละ ไม่เกิน ๑๐ สตางค์

วิธีการ

ผู้ประกอบการยื่นแบบแสดงรายการภาษีต่อเจ้าหน้าที่และชำระภาษีต่อเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ระยะเวลา

๑. กรณียื่นแบบ ไม่เกินวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดไป รวมไม่เกิน ๑ เดือน

๒. กรณีไม่ยื่นแบบ พนักงานเจ้าหน้าที่แจ้งการประเมินเป็นหนังสือต่อผู้มีหน้าที่ชำระภาษียาสูบให้ชำระภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง รวมไม่เกิน ๓๐ วัน

เงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้ประกอบการจดทะเบียนสถานการค้า ต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแบบองค์การบริหารส่วนจังหวัด ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้ประกอบการเสียเบี้ยปรับในกรณี

๑. กรณีไม่ยื่นแบบแสดงรายการภาษี กับไม่ชำระภาษีในเวลากำหนด เสียเบี้ยปรับ ๒ เท่าของค่าภาษีที่ต้องเสีย

๒. กรณียื่นแบบแสดงรายการภาษี กับชำระภาษีในเวลาที่กำหนดแต่ไม่ถูกต้อง เสียเบี้ยปรับ ๑ เท่าของภาษีที่ขาดไป

บทกำหนดโทษ

๑. ผู้ใดฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท

๒. ผู้มีหน้าที่เสียภาษี แต่ไม่ยื่นแบบแสดงรายการภาษีต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

๓. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ หรือนำหลักฐานมาแสดงเท็จ ระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ		
ขั้นตอน		**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**
๑. กรอกรายละเอียดตามแบบ (ระยะเวลา ๑ นาที)		**๑.** ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ ๒. ศูนย์บริการร่วม
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (ระยะเวลา ๑ นาที		**๑.** ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ ๒. ศูนย์บริการร่วม
๓. ชำระภาษีและรับใบเสร็จรับเงิน (ระยะเวลา ๑ นาที)		**๑.** ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ ๒. ศูนย์บริการร่วม
ระยะเวลา		
ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๓ นาที		

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	**จำนวน (ฉบับ)**
๑. แบบ อบจ. ๐๒ – ๑ ๒. แบบ อบจ. ๐๒ - ๓	๑

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ฝ่ายเร่งรัดและจัดเก็บรายได้ สังกัดกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี โทรศัพท์ : ๐-๓๖๕๑-๑๗๒๑ หรือ เว็บไซต์ http://www.singburipao.go.th/complain.php/

ตัวอย่างแบบฟอร์ม
๑. แบบ อบจ. ๐๒ – ๑ ๒. แบบ อบจ. ๐๒ - ๓ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง / เอกสารประกอบ
๑. ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี เรื่อง การเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๕ ๒. แบบ อบจ. ๐๒ – ๑ ๓. แบบ อบจ. ๐๒ - ๓ ๔. ตัวอย่างการกรอกรายละเอียดในแบบ อบจ. ๐๑ - ๔

อบจ.02-1	**องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี** **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.....

สำหรับเจ้าพนักงาน

(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	บุหรี่ซิกาแรต					
2	บุหรี่ซิการ์					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

( )

ผู้ค้าปลีก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(8) รวม

(ตัวอักษร) (.....)

อบจ. 02-3	องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี งบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบ	เลขที่รับ..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ

ถึง	เจ้าพนักงาน.....	ขอเสนองบเดือนประจำเดือน..... พ.ศ. .....

ชื่อ..... ผู้ได้รับอนุญาตขายยาสูบชนิด ☐ บุหรี่ซิกาแรต ☐ ประเภท 1 ☐ บุหรี่ซิการ์ ☐ ประเภท 2

ตามใบอนุญาตขายยาสูบเล่มที่..... เลขที่..... ชื่อสถานประกอบกิจการ..... ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ขอแจ้งรายละเอียดการขายยาสูบแต่ละชนิด ดังนี้

รายการที่	ชื่อ ที่อยู่ของบุคคลหรือร้านค้าที่ได้ขายให้					ยาสูบชนิด	ปริมาณ	
	ชื่อ	ที่ตั้ง					จำนวนซอง	จำนวนมวน
		เลขที่ / ถนน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด			
						รวม		

หมายเหตุ ให้ส่งงบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบภายในวันที่ยี่สิบของเดือนถัดจากเดือนที่มีการจำหน่ายยาสูบ

ลงชื่อ.....

(.....)