

คู่มือสำหรับประชาชน: การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนการ: การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัดพ.ศ. 2540
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การรับชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากยาสูบ
26/05/2558 16:58
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจออกข้อบัญญัติจัดเก็บภาษีตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัดพ.ศ. 2540 สำหรับภาษีอากรอัตราส่วนละไม่เกิน 10 สตางค์
2. วิธีการ ผู้ประกอบการยื่นแบบแสดงรายการภาษีและชำระภาษีต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. เงื่อนไขในการยื่นคำขอ ผู้ประกอบการจดทะเบียนสถานการค้าต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแบบ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด
4. ผู้ประกอบการเสียเบี้ยปรับในกรณี
 - 4.1 กรณีไม่ยื่นแบบแสดงรายการภาษีกับไม่ชำระภาษีในเวลากำหนดเสียเบี้ยปรับ 2 เท่าของค่าภาษีที่ต้องเสีย
 - 4.2 กรณียื่นแบบแสดงรายการภาษีกับชำระภาษีในเวลาที่กำหนดแต่ไม่ถูกต้องเสียเบี้ยปรับ 1 เท่าของภาษีที่ขาดไป
5. บทกำหนดโทษ
 - 5.1 ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัตินี้ต้องระวางโทษไม่เกิน 5,000.- บาท
 - 5.2 ผู้มีหน้าที่เสียภาษีแต่ไม่ยื่นแบบแสดงรายการภาษีต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือนหรือปรับไม่เกิน 10,000.- บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 - 5.3 ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จหรือนำหลักฐานมาแสดงเท็จจะระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือนหรือปรับไม่เกิน 10,000.- บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ
6. กรณีคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนและไม่อาจแก้ไขเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกสองฝ่ายและรายการเอกสาร/หลักฐานร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมหากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา
7. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอและยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงานจนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกสองฝ่ายนั้นเรียบร้อยแล้ว
8. ระยะเวลาการให้บริการตามคู่มือเริ่มนับหลังจากเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอได้ตรวจสอบคำขอและรายการเอกสารหลักฐานแล้วเห็นว่ามีครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ประกอบการยื่นแบบ 1.1 แบบรายการภาษี องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. 02-1) 1.2 งบเดือนแสดง รายละเอียดการขายยาสูบ (อบจ. 02-3) และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ เอกสาร	5 นาที	กองคลัง องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มุกดาหาร	
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ออก ใบเสร็จรับเงิน	5 นาที	กองคลัง องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มุกดาหาร	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 10 นาที

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	แบบรายการภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. 02-1)	-	1	0	ฉบับ	-
2)	งบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบ (อบจ. 02-3)	-	1	0	ฉบับ	-

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

16. ค่าธรรมเนียม

1) ภาษียาสูบ

อัตราমনละ

ค่าธรรมเนียม 0.1 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ฝ่ายนิติการและการพาณิชย์ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร หมายเลขโทรศัพท์ 04 261 1423 หรือ <http://www.mukpao.go.th>

หมายเหตุ-

- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) 1. แบบรายการภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. 02-1) 2. งบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบ (อบจ. 02-3)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	20/07/2558
สถานะ	อนุมัติ
จัดทำโดย	ฝ่ายนิติการและการพาณิชย์
อนุมัติโดย	นางมลย์รัก ทองผา
เผยแพร่โดย	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว

อบจ.02-1	องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร แบบตามรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....			
(1) ชื่อผู้ค้าปลีก..... ชื่อสถานค้าปลีก..... สถานค้าปลีกตั้งอยู่ที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	บุหรี่ซีกาแรต					
2	บุหรี่ซิการ์					
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการภาษี บำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตาม ความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... () ผู้ค้าปลีก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		(8) รวม				
		(ตัวอักษร) (.....)				

อบจ. 02-3	องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร งบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบ				เลขที่รับ..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ			
ถึง	เจ้าพนักงาน.....				ขอเสนองบเดือนประจำเดือน..... พ.ศ.			
ชื่อ..... ผู้ได้รับอนุญาตขายยาสูบชนิด					<input type="checkbox"/> บุหรี่ซิการ์เรต	<input type="checkbox"/> ประเภท 1		
					<input type="checkbox"/> บุหรี่ซิการ์	<input type="checkbox"/> ประเภท 2		
ตามใบอนุญาตขายยาสูบเล่มที่..... เลขที่..... ชื่อสถานประกอบการ..... 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 ให้ส่งงบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบภายในวันที่สิบของเดือนถัดจากเดือนที่มีการจำหน่ายยาสูบ

ลงชื่อ.....
(.....)

