



อบจ.๐๒ - ๑

องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด
(ยาสูบ)

สำหรับเจ้าพนักงาน

ทะเบียนรับเลขที่.....
วัน เดือน ปี ที่รับ.....
เจ้าพนักงานผู้รับ.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....
ชื่อสถานประกอบการ.....
สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท.....เล่มที่.....เลขที่.....

ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ประจำเดือน.....

สำ
หรับ
เจ้า
พนักงาน

ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่.....
วัน เดือน ปี.....
เจ้าพนักงานผู้รับ.....
(.....)

รายการที่	ยาสูบชนิด	รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก		อัตรากาษี มวนละ ๙.๓๐ สตางค์	จำนวนเงิน	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน		บาท	สตางค์
๑	บุหรีชีกาแรด					
๒	บุหรีชีการ์					
รวม						

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงในแบบรายการภาษี
บำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ครบถ้วนตามความจริงทุก
ประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ประกอบการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ตัวอักษร) (.....)

อบจ.๐๒ - ๒

องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
บัญชีแสดงรายการปริมาณยาสูบที่ได้มาและจำหน่ายไป

เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....ผู้ได้รับอนุญาตขายยาสูบชนิด บุหรี่ซิการ์เรต
 บุหรี่ซิการ์

ตามใบอนุญาตขายยาสูบเล่มที่.....เลขที่.....ชื่อสถานการค้า.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รายการที่	ยาสูบชนิด	ยอดคงเหลือยกมา		ปริมาณการรับ		ปริมาณการจำหน่าย		ยอดคงเหลือยกไป	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน	จำนวนซอง	จำนวนมวน
๑	บุหรี่ยิกาเรต								
๒	บุหรี่ยิการ์								
	รวม								

(ลงชื่อ).....ผู้ประกอบการ
(.....)

หมายเหตุ : ๑. ยอดคงเหลือยกมาและยกไปให้ลงทุกเดือน

อบจ. ๐๒ - ๓	องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน งบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบ	เลขที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ
ถึง	เจ้าพนักงาน.....	ขอแสดงงบเดือนประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....ผู้ได้รับอนุญาตขายยาสูบชนิด บุหรี่ซิการ์แรต ประเภท ๑
 บุหรี่ซิการ์ ประเภท ๒

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

รายการที่	ชื่อ ที่อยู่ ของบุคคลหรือร้านค้าที่ได้ขายให้					ยาสูบชนิด	ปริมาณ	
	ชื่อ	เลขที่/ถนน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด		จำนวนซอง	จำนวนมวน
						รวม		

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ
 (.....)

หมายเหตุ : ให้ส่งงบเดือนแสดงรายละเอียดการขายยาสูบ ภายในวันที่ยี่สิบของเดือนถัดจากเดือนที่มีการจำหน่ายยาสูบ