



กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
แบบคำขอรับแสดมภ์สรรพสามิต สำหรับสินค้ายาสูบ

ภ.ศ. ๐๒-๑๒.....

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
เจ้าพนักงานผู้รับ.....

เรียน สรรพสามิตพื้นที่.....

๑ ชื่อผู้ขออนุญาต

ชื่อ.....
 บุคคลธรรมดา นิติบุคคล หน่วยงานราชการ/อื่นๆ
 เลขประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี □□□□□□□□□□□□□□□□
 เลขทะเบียนสรรพสามิต □□□□□□□□□□□□□□□□ - □ - □□□□
 เลขรหัสประจำบ้านที่ตั้งสำนักงานใหญ่เลขที่ ชื่ออาคาร ห้องเลขที่..... ชั้นที่.....
 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Email.....

๒ ที่ตั้งสถานประกอบการ/โรงอุตสาหกรรม

ชื่อ.....
 เลขรหัสประจำบ้าน..... สถานที่ตั้งเลขที่..... ชื่ออาคาร ห้องเลขที่ ชั้นที่
 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Email

๓ มีความประสงค์ขอรับแสดมภ์สรรพสามิตสำหรับสินค้ายาสูบ ประเภท

- บุหรี่ซิการ์แรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น
 ยาเส้น ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว
 ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ.....

รายการยาสูบที่ขออนุญาตนำเข้ามาในหรือส่งออกป็นอกราชอาณาจักร

ที่	ประเภทยาสูบ	ตรา	ชนิดของ	น้ำหนักสุทธิ (กรัมหรือ มวน/ซอง)	จำนวนของ	ค่าภาษีสรรพสามิต	จำนวนแสดมภ์ (ดวง)

- เพื่อนำไปปิดบนของยาสูบที่ผลิตในประเทศ ณ โรงอุตสาหกรรม.....
 เพื่อนำไปปิดบนของยาสูบที่นำเข้ามาในราชอาณาจักร ณ สำนักงานศุลกากร/ด่านศุลกากร.....

๔ เอกสารประกอบการพิจารณา

กรณีในประเทศ

๑. แบบรายการภาษีสรรพสามิต จำนวน.....ฉบับ

๒. ใบเสร็จรับเงินค่าภาษี (รวมภาษีที่ชำระทั้งสิ้น) จำนวน.....ฉบับ

กรณีนำเข้า

๑. แบบรายการภาษีสรรพสามิต หรือ ใบขนสินค้าขาเข้า จำนวน.....ฉบับ

๒. ใบเสร็จรับเงินค่าภาษี (รวมภาษีที่ชำระทั้งสิ้น) จำนวน.....ฉบับ

๓. ใบอนุญาตนำยาสูบเข้ามาในราชอาณาจักร จำนวน.....ฉบับ

๔. ใบแสดงรายการและราคาสินค้า (INVOICE) จำนวน.....ฉบับ

5 คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอที่ยื่นมานี้มีความถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอรับแสดมภ์สรรพสามิต)

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าพนักงานสรรพสามิต

ความเห็นเจ้าพนักงาน

.....

เห็นควรไม่จ่ายแสดมภ์สรรพสามิต เนื่องจาก.....

เห็นควรจ่ายแสดมภ์สรรพสามิต โดย

กำหนดเครื่องหมายขีดฆ่าแสดมภ์สรรพสามิต.....

ที่	ประเภท ยาสูบ	ตรา	ชนิดซอง	น้ำหนัก สุทธิ (กรัม หรือมวน/ ซอง)	จำนวน	เครื่องหมายขีดฆ่า แสดมภ์สรรพสามิต

ลงชื่อ.....(เจ้าพนักงาน)

(.....)

วันที่.....

สำหรับสรรพสามิตพื้นที่

อนุมัติไม่จ่ายแสดมภ์สรรพสามิต เนื่องจาก.....

อนุมัติจ่ายแสดมภ์สรรพสามิต

ลงชื่อ.....(สรรพสามิตพื้นที่)

(.....)

วันที่.....

ได้รับแสดมภ์สรรพสามิตสำหรับยาสูบจำนวน.....ดวง ไปแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....