

อปจ.02-1	องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี 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..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="794 539 904 822" rowspan="2">สำหรับ เจ้าพนักงาน งาน</td> <td data-bbox="904 539 1458 822" style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)</td> </tr> </table>			สำหรับ เจ้าพนักงาน งาน	(9)	ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)
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	บุหรี่ยิกกาเรต						
2	บุหรี่ยิกการ์						
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการภาษี บำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตาม ความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) ผู้ค้าปลีก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		(8) รวม (ตัวอักษร) (.....)					