



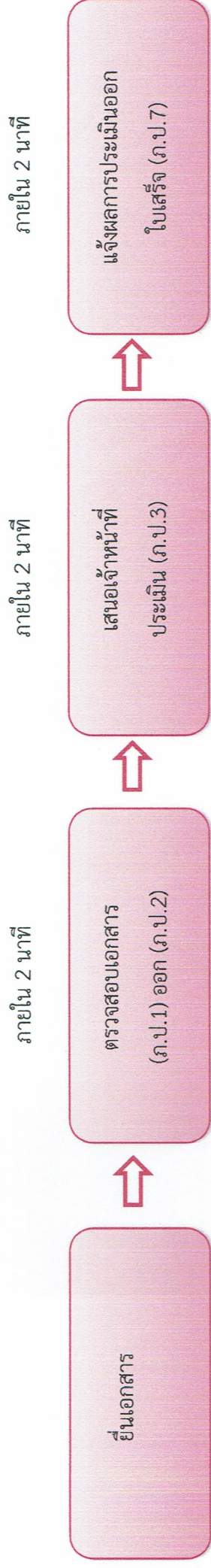
คู่มือแนะนำภาษีป้าย
เทศบาลตำบลไชยวาน

โดย
กองคลัง จัดเก็บรายได้
เทศบาลตำบลไชยวาน
อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี
โทร ๐๔๒-๒๖๕๓๔๓
หรือ
โทร ๐๔๒-๒๖๕๕๖๗

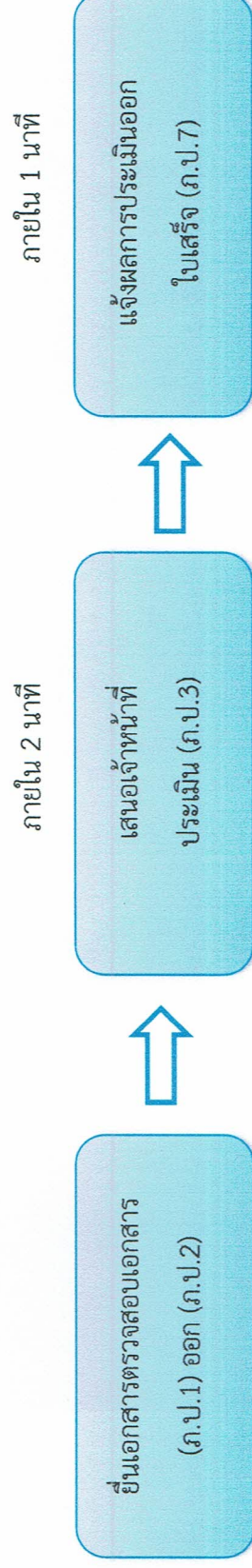
😊 แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงานเพื่อประชาชน 😊

(กระบวนการงานที่ 3 จัดเก็บภาษีป้าย)

ขั้นตอนที่กำหนดไว้เดิม



ขั้นตอนที่ปรับปรุงใหม่



ขั้นตอนการชำระภาษีป้าย

ยื่นแบบ ภายในวันที่ 2 มกราคม – 31 มีนาคม ของทุกปี

เจ้าหน้าที่รับแบบและตรวจสอบแบบ(ภ.ป.1)

แจ้งการประเมินค่าภาษี
(ภ.ป.3)

ผู้เสียภาษีรับแจ้ง
การประเมิน (ภ.ป.

พอใจ

ชำระเงินภายใน 15 วัน
นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

จบ

ชำระเงินเกิน 15 วัน
นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

ต้องเสียเงินเพิ่ม
ร้อยละ 2 ต่อเดือน

ไม่พอใจ

ยื่นอุทธรณ์ต่อ ผวจ.
ภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่รับแจ้ง

ผลการอุทธรณ์
ของ ผวจ.

พอใจ

ชำระเงิน

จบ

ไม่พอใจ

ให้ยื่นฟ้องศาล

ปฏิบัติตามคำสั่งศาล

จบ



สรุปข้อมูลสถิติการให้บริการ ณ จุดให้บริการ (Walk-in) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566

เทศบาลตำบลไชยวาน ตำบลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อกระบวนงานที่ให้บริการ	จำนวนครั้งที่ประชาชนขอรับบริการ												รวม (ราย)
		2565						2566						
		ด.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค.	ก.ย.	
1	ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
2	ภาษีป้าย	3	4	6	5	3	3	4	7	6	3	2	5	51
	รวม	9	10	12	11	9	9	10	13	12	9	8	11	123

คู่ฉบับ

ก.ป. 3

หนังสือแจ้งการประเมิน

ที่ อต. 63004A / 314

เทศบาลตำบลไชยวาน
อ.ไชยวาน จ.อุดรธานี 41290

วันที่ 6 มีนาคม 2567

เรื่อง แจ้งการประเมินภาษีป้าย

เรียน คลินิก หมอคุณานันต์ สาขา 2

ตามที่ท่านได้ยื่นแบบแสดงรายการภาษีป้ายไว้ตามแบบ ก.ป. 1 เลขรับที่
ลงวันที่ 2 มกราคม 2567 ไว้ นั้น

อต.63004/3

บัดนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทำการประเมินเสร็จแล้ว เป็นเงินภาษีป้าย
และเงินเพิ่ม บาท รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน

600.00 บาท

600.00 บาท

โปรดนำเงินจำนวนดังกล่าวไป

(หักร้อยบาทถ้วน)

หรือชำระที่ เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน), ATM,

ชำระ ณ เทศบาลตำบลไชยวาน

Internet Banking, Mobile Banking ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือนี้ หากพ้นกำหนดจะต้องเสียเงินเพิ่ม

ตามกฎหมายและต้องชำระ ณ เทศบาลตำบลไชยวาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายประทีป สุทธิอาจ)

รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลไชยวาน
พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

วันที่.....

.....	
.....	
.....	
.....	

เทศบาลตำบลไชยวาน โทร. 081-3918750 ,088-5716141



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

Company Code : 445731

(สำหรับธนาคาร)

(โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน 10 บาท/รายการ)

สาขาผู้รับเงิน.....วันที่.....

ชำระเงินภายใน 21/03/2567

ห้ามรับชำระภาษีเกินกำหนดเวลาและให้รับชำระเงินตามยอดภาษีเท่านั้น



109940003605175506310010000366703310000000021032024060000

หมายเลขอ้างอิง 1 : 063100100003667033 หมายเลขอ้างอิง 2 : 100000000210320240

หมายเลขที่เช็ค/Cheque No	เช็คลงวันที่/Date	ชื่อธนาคาร/Bank Name	สาขา/Branch	บาท/Baht
				600.00-
O เงินสด/Cash		จำนวนเงินเป็นตัวอักษร - หกร้อยบาทถ้วน -		
ชื่อผู้นำฝาก.....		โทร..... เจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน.....		