



ประกาศกรมสรรพสามิต

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขอใช้สิทธิเสียภาษีในอัตราภาษีศูนย์
สำหรับสุราสามทับที่นำไปใช้ในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์
(ฉบับที่ ๒)

เพื่อกำหนดประเภทหน่วยงานที่สามารถนำสุราสามทับที่เสียภาษีในอัตราภาษีศูนย์ไปใช้
ในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์เพิ่มเติม อาศัยอำนาจตามความใน ก) ใน ๑) ของ (ข) ของ (๒)
ในประเภทที่ ๑๓.๐๒ ในบัญชีท้ายกฎกระทรวงกำหนดพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐
อธิบดีกรมสรรพสามิตจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๘.๕ ของข้อ ๘ ของประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง หลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการขอใช้สิทธิเสียภาษีในอัตราภาษีศูนย์สำหรับสุราสามทับที่นำไปใช้ในการแพทย์ เภสัชกรรม
หรือวิทยาศาสตร์ ลงวันที่ ๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

“๘.๕ นิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติเพื่อดำเนินการในด้านการแพทย์ การศึกษา
การทดลอง หรือการวิจัย”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกแบบคำขออนุญาตเป็นผู้ใช้สุราสามทับในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือ
วิทยาศาสตร์ (แบบ ภส.๐๕-๐๖/๑๙) ท้ายประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการ
ขอใช้สิทธิเสียภาษีในอัตราภาษีศูนย์สำหรับสุราสามทับที่นำไปใช้ในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์
ลงวันที่ ๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และให้ใช้แบบคำขออนุญาตเป็นผู้ใช้สุราสามทับในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือ
วิทยาศาสตร์ (แบบ ภส.๐๕-๐๖/๑๙) ท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๓ แบบคำขออนุญาตเป็นผู้ใช้สุราสามทับในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์
(แบบ ภส.๐๕-๐๖/๑๙) ที่ได้ยื่นไว้ตามประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขอใช้
สิทธิเสียภาษีในอัตราภาษีศูนย์สำหรับสุราสามทับที่นำไปใช้ในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์ ลงวันที่
๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของกรมสรรพสามิต ให้ใช้ได้ต่อไป

ข้อ ๔ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันออกประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายพชร อนันตศิลป์)

อธิบดีกรมสรรพสามิต



กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
คำขออนุญาตเป็นผู้ใช้สุรสามทับในการแพทย์
เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์

ภส.๐๕-๐๖/๑๙

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....

วันเดือนปี.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ.....

เรียน สรรพสามิตพื้นที่.....

๑. ข้อมูลผู้ใช้สุรสามทับในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์

ส่วนราชการ โรงพยาบาล สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการด้านการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์ นิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติเพื่อดำเนินการในด้านการแพทย์ การศึกษา การทดลอง หรือการวิจัย

ชื่อผู้ใช้สุรสามทับ..... สถานที่ใช้สุรสามทับ ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Email

๒. เอกสารประกอบการยื่นขออนุญาต

เอกสาร (ระบุ)
ซึ่งแสดงคุณสมบัติว่าเป็น ส่วนราชการ โรงพยาบาล สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการด้านการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์ นิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติเพื่อดำเนินการในด้านการแพทย์ การศึกษา การทดลอง หรือการวิจัย

๓. ที่มาของสุรสามทับที่ประสงค์จะใช้

จากผู้ประกอบการอุตสาหกรรม นำสุรสามทับเข้ามาในราชอาณาจักร
 จากรัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการด้านการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์
ซึ่งประสงค์จะขอใช้สุรสามทับ ระหว่างวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

| ลำดับที่ | ชนิดสุรสามทับ (ดีกรี) | จำนวน (ลิตร) | สุรสามทับคงเหลือ (ลิตร) |
|----------|-----------------------|--------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| รวม | | | |

เงื่อนไข/คำรับรอง

ข้อ ๑ เมื่อได้รับอนุญาตเป็นผู้ใช้สุรสามทับเพื่อการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์จากกรมสรรพสามิตแล้วข้าพเจ้าจะยินยอมให้เจ้าพนักงานสรรพสามิตเข้าไปทำการตรวจสอบการใช้สุรสามทับตามที่สรรพสามิตพื้นที่แห่งท้องที่ที่สถานที่ใช้สุรสามทับตั้งอยู่กำหนด

ข้อ ๒ ข้าพเจ้าจะใช้สุรสามทับ ณ สถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากกรมสรรพสามิตเท่านั้น และจะไม่นำสุรสามทับไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นนอกจากเพื่อการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์

ข้อ ๓ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กำหนดในประกาศนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าสรรพสามิตพื้นที่จะพิจารณาเพิกถอนการอนุญาต หรือมีคำสั่งไม่อนุญาตให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ใช้สุรสามทับในการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์ ในการยื่นคำขอครั้งถัดไป

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาตใช้สุรสามทับ

(.....)

วันที่.....

๔. การพิจารณา

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานแล้วผู้ยื่นคำขอใช้สุรสามทับเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ เภสัชกรรมหรือวิทยาศาสตร์

เห็นควรอนุญาตให้ใช้สุรสามทับ จำนวน.....ลิตร

เห็นควรไม่อนุญาต

เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานสรรพสามิต

(.....)

วันที่.....

๕. คำสั่ง

อนุญาต

ไม่อนุญาต

เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....สรรพสามิตพื้นที่

(.....)

วันที่.....