

APPLIED ACCOUNTANCY
2017年 米国個人所得税確定申告書 質問書
 US Individual Tax Return Questionnaire

Filing Status

- 独身 (single)
 既婚 (合算) (married filing jointly)
 既婚 (分離) (married filing separately)
- 未婚であり扶養家族がいる方 (head of household)
 配偶者をなくされた方 (widow)

Personal Information

| | 本人 (Yourself) | 配偶者 (Spouse) |
|-----------------|---|---|
| 氏 (Last Name) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 名 (First Name) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| SSN / ITIN | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 生年月日 (DOB) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 職業 (Occupation) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| ビザの種類 (VISA) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 自宅住所 (Address) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| 電話番号 (Phone) | <input style="width: 30%;" type="text"/> | Home / Work / Cell |
| E-mail | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |

Dependents

| | (1) | (2) |
|---|--|--|
| 名前 (Name) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 生年月日 (DOB) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| SSN / ITIN | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 続柄 (Relationship) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| ビザの種類 (VISA) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 学生 (19歳から23歳) Student, (Age19 to 23) | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |

Dependents

| | (3) | (4) |
|---|--|--|
| 名前 (Name) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 生年月日 (DOB) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| SSN / ITIN | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 続柄 (Relationship) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| ビザの種類 (VISA) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 学生 (19歳から23歳) Student, (Age19 to 23) | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |

過去3年間の米国滞在状況 (Immigration Status during the Past 3 Years)

赴任者、帰任者またはF-1、J-1ビザをお持ちの方はご記入下さい

(Please answer blow if you were on a working visa, F-1, or J-1 VISA)

赴任者
(In the US on working visa)

帰任者
(Returned)

F-1 / J-1

| | 入国日 (Date Arrived in the US) | 出国日 (Date Left the US) | 滞在日数 (Length of Stay) |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 本人 (Yourself) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |
| 配偶者 (Spouse) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |
| 扶養家族(1) (Dependent 1) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |
| 扶養家族(2) (Dependent 2) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |
| 扶養家族(3) (Dependent 3) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |
| 扶養家族(4) (Dependent 4) | | | |
| 2015 | | | |
| 2016 | | | |
| 2017 | | | |

健康保険加入状況 (Health Insurance)

Health Insurance に加入していましたか？
Did you have a health insurance coverage?

Yes

No

加入していた月を全てチェックしてください。
Check the marks that you were insured.

full year

または or

Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec

2014年度の税申告より、Health Insurance の加入報告が義務となりました。Health Insurance Marketplace(Covered California)にてHealth Insuranceに加入されている方は、Form 1095A又は1095Bを提出してください。
その他のHealth Insuranceに加入されている方は加入が証明できる書類 (Insurance Policyや支払いの証明書等)をお持ちください。

Starting 2014, reporting your insurance coverage status on your tax return became necessary. If you've purchased your insurance via health insurance marketplace (covered California), please send us your Form 1095A or 1095B. If you have an insurance coverage, and did not purchase through health insurance marketplace, please send us a proof of coverage.

所得 (Income)

- 1 米国内で給与所得はありましたか。 Yes No
 (Did you receive any salary in US?)
 Yesの場合、Form W-2を添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form W-2)
- 2 銀行等からの利息収入はありましたか。 Yes No
 (Did you earn any interest from financial institutions?)
 Yesの場合、Form 1099-INTを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-INT)
- 3 配当はありましたか。 Yes No
 (Did you receive any dividend?)
 Yesの場合、Form 1099-DIVを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-DIV)
- 4 州政府から前年度の還付はありましたか。 Yes No
 (Did you receive tax refund from state government last year?)
 Yesの場合、Form 1099-Gを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-G)
- 5 離婚手当、慰謝料の受領はありましたか。 Yes No
 (Did you receive alimony or spousal support?)
 Yesの場合、給付者名及びSSNを記入して下さい
 (If "Yes", Please fill out payer's name and SSN)
- | | |
|------|--|
| \$ | |
| Name | |
| SSN | |
- 6 個人事業主/自営業等として所得がありましたか。 Yes No
 (Did you have any self-employment income?)
 Yesの場合、Form 1099-MISC、1099-K、収入、経費の詳細を添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-MISC, 1099-K, details of Income and expense)
- 7 株、不動産等の売買はありましたか。 Yes No
 (Did you deal stocks or real estates last year?)
 Yesの場合、Form1099-B/Escrow Statement等を添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-B/ Escrow Statement with the date of purchase and the amount)
 (購入年月日、購入金額を含む)
- 8 IRA、年金プランの引き出しはありましたか。 Yes No
 (Did you withdraw from IRA or pension plan?)
 Yesの場合、Form 1099-Rを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-R)
- | | |
|----|--|
| \$ | |
|----|--|
- Roll Overの金額 (Roll Over Amount)
- 9 賃貸、印税、Partnership、S Corporationの所得はありましたか。 Yes No
 (Did you receive royalties, rent income or income from Partnership, S Corporation?)
 Yesの場合、収入、経費の詳細を添付して下さい
 (If "Yes", Please attach details of income and expense)
- 10 失業保険を受け取りましたか。 Yes No
 (Did you receive any unemployment insurance?)
 Yesの場合、Form 1099-Gを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1099-G)
- 11 年金所得がありましたか。 Yes No
 (Did you have Social Security benefit?)
 Yesの場合、Form SSA-1099を添付して下さい
 (If "Yes", Please attach form SSA-1099)

- 12 日本または米国外から所得はありましたか。
(Did you have income from Japan or outside US?)
Yesの場合、確定申告書、源泉徴収票等を添付して下さい
(If "Yes", Please attach the tax return forms and W-2) Yes No
- 13 ギャンブル等、他に所得はありましたか。
(Did you have gamble winning or any other income?)
Yesの場合、Form W-2G等を添付して下さい
(If "Yes", Please attach Form W-2G and necessary documents) Yes No
- 14 その他の所得 (Other Income) \$

所得調整控除 (Adjusted Gross Income)

- 1 Health Savings Accountへの預金はありましたか。
(Did you deposit to your health saving account?)
Yesの場合、預金金額
(If "Yes", Please fill out the amount) Yes No
\$
- 2 米国内転勤がありましたか。
(Did you transfer in US?)
Yesの場合、下記にご記入下さい
(If "Yes", Please fill out below) Yes No

転勤前の通勤距離 Miles
(commute distance before transfer)

旧住所から新事務所までの距離 Miles
(distance from old address to new office)

旅費
(Travel Expense)

輸送費
(Transportation Expense)

- 3 離婚手当、慰謝料の支払いはありましたか。
(Did you pay spousal support or alimony?)
Yesの場合、受領者名及びSSNを記入して下さい
(If "Yes", Please fill out payee's name and SSN) Yes No
\$
Name
SSN

- 4 IRA / Roth IRAに積み立てはありましたか。
(Did you contribute in IRA/Roth IRA?)
Yesの場合、下記にご記入下さい
(If "Yes", Please fill out below) Yes No

| | 口座種類 (Type of Account) | 積立額 (Amount) | 指定年度 (Designated Year) |
|------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 本人 (Yourself) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 配偶者 (Spouse) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- 5 教育ローン (Student Loan)の返済はありましたか。
(Did you pay back any student loan?)
Yesの場合、Form 1098-E を添えてください。金利分をご記入下さい。
(If "Yes", Please fill out interest amount and attach Form 1098-E) Yes No
\$

6 学費(大学あるいはそれ以上)の支払いはありましたか。
 (Did you pay any college tuition or higher educational institution fee?)
 Yesの場合、Form 1098-Tを添付して下さい
 (If "Yes", Please attach Form 1098-T)

Yes

No

| | 学校名 (School Name) | 学費 (Tuition) | 奨学金 (Scholarship) |
|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| 本人 (Yourself) | | \$ | \$ |
| 配偶者 (Spouse) | | \$ | \$ |
| 扶養家族 (Dependents) | | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ |

個別所得控除 (Itemized Deduction)

1 医療費 (Medical Expense)

医療費の合計額が65歳未満では調整後総所得(AGI)の10%、65歳以上では7.5%を超えた部分のみ控除の対象になるため、少額で控除対象とならない場合は記載不要です
 (Medical Expense is deductible only if it is over 10% of your Adjusted Gross Income for less than 65 years old or 7.5% for over 65 years old, so do not fill out if your medical expense is very small.)

| | |
|--|-------|
| 処方箋 (Prescription) | \$ |
| 健康保険 (Health Insurance) | \$ |
| 医師、歯科医療費 (Medical, Dental Fee) | \$ |
| メガネ、コンタクト (Glasses, Contact Lenses) | \$ |
| 交通費 (Travel Expense) | |
| Parking | \$ |
| 通院のマイル数 (Miles) | Miles |
| 保険金受領額、雇用主負担額 (amount of health insurance received, amount employer owed) | \$ |

2 自宅固定資産税 (Real Estate Tax) \$
 Property Tax Billを添付して下さい
 (Please attach Property Tax Bill)

3 車両登録税 (License Feeのみ) (DMV Registration Fee, License Only) \$

4 その他の動産税 (Other Property Tax) \$

5 支払利子 (Interest Paid)

住宅ローン (Home Mortgage) \$
 Form 1098を添付して下さい
 (Please attach Form 1098)

ポイント(新規またはリファイナンス) (Points, New or Refinance) \$
 Escrow Statementを添付してください
 (Please attach Escrow Statement)

6 寄付金

(Charitable Contribution)

現金による寄付

(Cash Contribution)

| 寄付先 (Donee) | 金額 (Amount) |
|----------------|----------------|
| | \$ |
| | \$ |
| | \$ |
| | \$ |

現金以外の寄付

(Non-Cash Contribution)

| | | | |
|----------------------------|----|------------------------|----|
| 寄付先 (Donee) | | 住所 (Address) | |
| 寄付品 (Donated Items) | | 年月日 (Date) | |
| 寄付品の所得日 (Date Acquired) | | 取得方法 (How Acquired) | |
| 取得原価 (Cost) | \$ | 取得原価 (Cost) | \$ |

2回以上行った場合には別紙に記入してください

(Please fill out the other form, if you did charitable contributions twice or more)

7 災害、盗難損失

(Casualty, Theft Loss)

Police Reportを添付してください

(Please attach police report)

| | | | |
|--|----|---|----|
| 損失内容 (Lost Items) | | 発生日 (Date Occurred) | |
| 損失資産 (Lost Property) | | 取得価格 (Cost) | \$ |
| 損失前時価 (Fair Market Value before lost) | \$ | 損失後時価 (Fair Market Value after lost) | \$ |
| 保険金受領 (Insurance Received) | \$ | | |

2件以上の場合には別紙に記入してください

(Please fill out the other form, if you experienced casualty or theft loss twice or more)

8 自己負担のビジネス経費

(Unreimbursed Business Expenses)

領収書を添付して下さい

(Please attach receipts)

経費の合計額が調整後総所得(AGI)の2%を超えた部分のみ控除の対象になるため、
少額で控除対象とならない場合は記載不要です

(It is deductible only if your total of expense is over 2% of your Adjusted Gross Income,
so do not fill out if your expense is very small.)

| | | |
|----------------------------------|----|----------------------------|
| 出張経費 (Travel Expense) | \$ | <input type="text"/> |
| 食事、接待費 (Meals, Entertainment) | \$ | <input type="text"/> |
| 購読料 (Subscription Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| 交通費 (Transportation) | \$ | <input type="text"/> |
| ガソリン代 (Gasolin) | \$ | <input type="text"/> |
| 修理代 (Repair Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| 保険 (Insurance) | \$ | <input type="text"/> |
| 年間走行マイル数 (Annual Mileage) | | <input type="text"/> Miles |
| 業務使用マイル数 (Business Mileage) | | <input type="text"/> Miles |

9 その他の控除対象金額

(Other Deduction Amount)

領収書を添付して下さい

(Please attach receipts.)

| | | |
|---|----|----------------------|
| 確定申告手数料 (Tax Return Preparation Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| ギャンブル損失 (Gambling Loss) | \$ | <input type="text"/> |
| 投資関係誌購読料 (Investment Related Subscription Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| 投資に関する顧問料 (Investment Related Consulting Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| 貸し金庫使用料 (Safe-Deposit Box Fee) | \$ | <input type="text"/> |
| その他 (Others) | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> |

その他のデータ

(The Other Information)

1 養育費用

(Educational Fee)

夫婦共働きで、お子様をベビーシッター、幼稚園等へ預けている場合はご記入下さい
 (Please fill out, If both you and your spouse are working and leaving your children to
 babysitter or preschool)

| | |
|--|-------------------------|
| 扶養家族氏名 (Dependant's Name) | <input type="text"/> |
| 個人、幼稚園等の名 (Name of Babysitter or Preschool) | <input type="text"/> |
| 納税者番号 (Taxpayer's SSN or EIN) | <input type="text"/> |
| 住所 (Address) | <input type="text"/> |
| 電話番号 (Phone #) | <input type="text"/> |
| 金額 (Amount) | \$ <input type="text"/> |
| 扶養家族氏名 (Dependant's Name) | <input type="text"/> |
| 個人、幼稚園等の名 (Name of Babysitter or Preschool) | <input type="text"/> |
| 納税者番号 (Tax Payer's SSN or EIN) | <input type="text"/> |
| 住所 (Address) | <input type="text"/> |
| 電話番号 (Phone #) | <input type="text"/> |
| 金額 (Amount) | \$ <input type="text"/> |

2 予定納税金額

(Estimated Tax Payment)

連邦政府 (IRS)

| | 予定納税日 (Date) | 予定納税額 (Estimated Tax Paid) |
|-----------------|----------------------|-------------------------------|
| 2017年度第1回目(1st) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第2回目(2nd) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第3回目(3rd) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第4回目(4th) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |

州政府 (State)

| | 予定納税日 (Date) | 予定納税額 (Estimated Tax Paid) |
|-----------------|----------------------|-------------------------------|
| 2017年度第1回目(1st) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第2回目(2nd) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第3回目(3rd) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| 2017年度第4回目(4th) | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |

3 米国外預金口座
(Foreign Financial Account)

2017年度に合計金額\$10,000以上の預貯金、有価証券を米国外
で保有していた方のみご記入下さい
(Please fill out only if you had over \$10,000.00 of savings and securities outside U.S.)

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 保有口座数 (Numbers of Accounts) | <input type="text"/> | |
| | (1) | (2) |
| 預貯金者名 (Account Holder's Name) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 金融機関名 (Name of the Institution) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 金融機関住所 (Address of the Institution) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 口座番号 (Account #) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 口座の種類 (Type of the Account) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2017年度最高残高 (Maximum Amount in 2017) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2017年度末残高 (Ending Balance in 2017) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2件以上の場合には別紙に記入してください
(Please fill in the other form, if you have two or more accounts)

4 税金の支払い、還付方法の希望
(request for the method of payment and refund)

支払いの場合

(in the case you pay)

銀行引き落とし
(Direct Debit)

チェック
(Check)

還付の場合

(in the case you get refund)

銀行振り込み
(Direct Deposit)

チェック
(Check)

銀行引き落としまたは振込みを選択した方のみ下記にご記入のうえ、
Void Checkを添付して下さい。

(Please fill out below and attach Void Check, only if you requested for Direct Deposit or
Direct Debit)

銀行名 (Bank Name)

口座名義人 (Account Holder)
Jointの場合は両名
(Both of Joint Holders' Names)

口座の種類 (Type of Account) Checking Saving

Routing Number

Account Number

Additional Information

作成料お支払い方法
(Preparation Fee Payment Method)

アメリカ国外のお客様はクレジットカードでもお支払いを受けつけております。
(Clients who live outside of the US can pay via credit card)

| | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Cash | | |
| <input type="checkbox"/> Check | Billing Zipcode | _____ |
| <input type="checkbox"/> Visa | Credit Card Number | _____ |
| <input type="checkbox"/> Master | Expire date (MM/YY) | _____ CVV2/CVC2 _____ |

書類お受け取り方法 (How to receive the documents)

| |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mail |
| <input type="checkbox"/> Pick Up |

当事務所をお知りになられた経緯 (How did you know about us?)

| | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> 紹介 (Introduced) | _____ |
| <input type="checkbox"/> 広告 (Advertisement) | _____ |
| <input type="checkbox"/> その他 (Other) | _____ |

ご記入が終わりましたら、サインをお願いいたします。
(Please sign, after you fill out the form)

| | | | |
|-----------|-------|------|-------|
| Signature | _____ | Date | _____ |
|-----------|-------|------|-------|

※書類送付方法
(Methods to Send the Documents)

- 直接持参
(Bring In)
PDFファイルをプリントアウトし、その他書類と合わせてご持参ください。
アポイントメントをお勧めします。 (310)323-3000
(Please print out the PDF file and bring it with other documents.
Appointments are recommended. 310-323-3000)

- 郵送
(Mail)
PDFファイルをプリントアウトし、その他書類と合わせて郵送してください。
(Please print out the PDF file and mail with the other
documents.) Applied Accountancy - Attn: 2016 Income Tax
1225 W. 190th St. Suite 250 Gardena, CA
90248

- FAX
PDFファイルをプリントアウトし、その他書類と合わせてFAXしてください。
(Please print out the PDF file and Fax with the other documents.)
Fax Number: (310)715-6763

- E-mail
PDFファイルをデスクトップ等にセーブし、スキャンされたその他書類と
合わせて accting@gmail.com 宛てに添付ファイルとして送ってください。
(Please attach the PDF file and scanned documents, and send them to accting@gmail.com)