

原住民族委員會補助臺中市政府原住民族事務委員會
111 年度原住民族長者裝置假牙執行計畫
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案 ☐ 裡打 ☒。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

一、基本資料：

(一) 年齡層：☐55-64 歲 ☐65 歲以上

(二) 性別：☐男性 ☐女性

(三) 族別：_____族

(四) 戶籍地：_____縣、市_____鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

☐電視 ☐報紙 ☐網路 ☐縣市政府 ☐醫療院所 ☐鄰里長

☐親朋好友 ☐其他_____

三、請問您申請假牙補助的時間是_____年_____月_____日

核定施作假牙時間為_____年_____月_____日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是_____年_____月_____日

四、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

☐非常舒適

☐舒適

☐沒意見

☐不舒適

☐非常不舒適

五、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

☐非常有幫助

☐有幫助

☐沒意見

☐沒有幫助

☐非常沒有幫助

六、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

☐非常方便

☐方便

☐沒意見

☐不方便

☐非常不方便

七、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

☐沒有

☐有，約收費_____元？

八、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿不滿意？

☐非常滿意

☐滿意

☐沒意見

☐不滿意（請續答十）

☐非常不滿意（請續答十）

九、請問您不滿意的原因是？（可複選）

☐醫院(診所)太少

☐申請程序複雜

☐口腔檢查時間太久

☐核准通知時間太久

☐其他_____

十、建議事項：
