

附表 3

一、委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

1、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張

2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張

3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	臺中市政府原住民族事務委員會 核定文號	核復公文 年 月 日中市原文字 第 號函

(簽名或蓋章或捺指印)

領 據

茲收到臺中市政府原住民族事務委員會撥付本院所為原住民族長者
（身分證字號：_____）製作假牙

費用，補助態樣如下：

- ☐ 上、下顎全口活動假牙(上限 3 萬元)
- ☐ 上顎全口活動假牙(上限 1 萬 5,000 元)
- ☐ 下顎全口活動假牙(上限 1 萬 5,000 元)
- ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙(上限 2 萬 5,000 元)
- ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙(上限 2 萬 5,000 元)
- ☐ 上、下顎部分活動假牙(上限 2 萬元)
- ☐ 上顎部分活動假牙(上限 1 萬元)
- ☐ 下顎部分活動假牙(上限 1 萬元)
- ☐ 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋) (1 顆 3,000 元)
- ☐ 假牙維修費：
 - ☐假牙破裂維修費/單顎 ☐假牙添加費/單顆
 - ☐假牙線(環)勾/個 ☐假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致

臺中市政府原住民族事務委員會

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

匯款帳號(須與診所名稱相同之帳戶)影本請於背面黏貼

中 華 民 國 1 1 1 年 月 日

匯款帳號影本

黏貼處

--

附表 4-2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱：(簽章)

負責人：(簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

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：
