

**原住民族委員會補助臺南市政府
113 年度辦理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。

臺南市政府原住民族事務委員會敬上

〈聯絡電話：2991111#1807、2958586〉

(一) 性別：男性 女性

(二) 族別：_____族

(三) 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：
