

原住民族委員會補助新北市政府原住民族行政局

114 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫

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。

新北市政府原住民族行政局敬上 聯絡電話：29603456 分機 3970

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、請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

☐有

☐沒有

五、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

六、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

七、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

八、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？

九、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）

十、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

十一、建議事項：