**原住民族委員會補助○○縣政府**

附件7

**113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。

○○縣政府○○局敬上 聯絡電話：○○○○

1. 基本資料：
	1. 年齡層：□55-64歲 □65歲以上
	2. 性別：□男性 □女性
	3. 族別： 族
	4. 戶籍地： 縣、市 鄉、鎮、市、區
2. 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

1. 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

1. 請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

□有

□沒有

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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？

1. 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）

1. 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

1. 建議事項：