

비급여 대상 및 항목별 비용

기 관 명		사회복지법인 살롬어메니티	
적용일		2019.09.01 ~ 2021.08.31	
비급여 청구항목		금액	비고
식사재료비		2,000 원	* 1식 기준
상급침실이용료	1인실	-	* 1박 기준
	2인실	-	* 1박 기준
아·미용비		-	* 1개월 기준
경관유동식		-	* 1개월 기준
간식비		1,000 원	* 1일 기준
기타비		-	* 1개월 기준