2026년 급여별 급여비용 및 본인부담금

2026.01.01 시행

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

※ 2026년 장기요양 수가 2025년 대비 평균 2.89% 인상

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	20% 추가산정
월 한도액	**2,512,900**	**2,331,200**	**1,528,200**	**1,409,700**	**1,208,900**	**676,320**	주・야간보호급여를 **월 15일(1일 8시간 이상) 이상** 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	3,015,480	2,797,440	1,833,840	1,691,640	1,450,680	-	

방문요양 급여비용 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상
급여비용	**17,450**	**25,320**	**34,120**	**43,430**	**50,640**	**57,020**	**63,530**	**70,080**
본부금(15%)	2,618	3,798	5,118	6,515	7,596	8,553	9,530	10,512
본부금(9%)	1,571	2,279	3,071	3,909	4,558	5,132	5,718	6,307
본부금(6%)	1,047	1,519	2,047	2,606	3,038	3,421	3,812	4,205

가족요양60분(20일)

분류	20일
급여비용	**506,400**
본부금(15%)	75,960
본부금(9%)	45,576
본부금(6%)	30,384

가족요양90분(31일)

30일	31일
1,023,600	**1,057,720**
153,540	158,658
92,124	95,195
61,416	63,463

방문목욕 (방문당)

분류	목욕차(차량)	목욕차(가정)	차량 미이용
급여비용	**88,990**	**80,230**	**50,100**
본부금(15%)	13,349	12,035	7,515
본부금(9%)	8,009	7,221	4,509
본부금(6%)	5,339	4,814	3,006

방문요양 급여비용1 (방문당)

등급	급여비용	이용횟수	총급여비용	15%	9%	6%
60분이상	25,320	**20**	**506,400**	**75,960**	45,576	30,384
90분이상	34,120	**30**	**1,023,600**	**153,540**	92,124	61,416
90분이상	34,120	**31**	**1,057,720**	**158,658**	95,195	63,463
120분이상	43,430	**25**	**1,085,750**	**162,863**	97,718	65,145
150분이상	50,640	**25**	**1,266,000**	**189,900**	113,940	75,960
180분이상	57,020	**25**	**1,425,500**	**213,825**	128,295	85,530
210분이상	63,530	**25**	**1,588,250**	**238,238**	142,943	95,295
240분이상	70,080	**25**	**1,752,000**	**262,800**	157,680	105,120

본인부담율	
수급자유형	**재가 / 시설**
일반대상자	15% / 20%
40%감경	9% / 12%
60%감경	6% / 8%
기초생활	0%

*본인부담율은 개인유형별로 상이함.

방문목욕 (방문당)

분류	목욕차(차량)	목욕차(가정)	차량 미이용		목욕차(차량)	목욕차(가정)	차량 미이용
급여비용	**88,990**	**80,230**	**50,100**	**월 4회 적용**	**355,960**	**320,920**	**200,400**
본부금(15%)	13,349	12,035	7,515		53,394	48,138	30,060
본부금(9%)	8,009	7,221	4,509		32,036	28,883	18,036
본부금(6%)	5,339	4,814	3,006		21,358	19,255	12,024

*방문요양 및 방문간호 급여비용 가산

○ 22시~06시 : 30% 가산 (인지활동형 방문요양급여 X)

○ 일요일 : 30% 가산

○ 유급휴일 및 근로자의 날 : 50% 가산

*(치매)의사소견서 발급비용 안내

구 분		의료기관
의사소견서	일반	**61,040**
	치매의사소견서	**29,220**

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

※ 2026년 장기요양 수가 2025년 대비 평균 2.89% 인상

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	20% 추가산정
월 한도액	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320	주·야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	3,015,480	2,797,440	1,833,840	1,691,640	1,450,680	-	

주·야간보호 급여비용 (1일당)

시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과
1등급	**41,820**	**56,060**	**69,730**	**76,820**	**82,370**
본부금(15%)	6,273	8,409	10,460	11,523	12,356
본부금(9%)	3,764	5,045	6,276	6,914	7,413
본부금(6%)	2,509	3,364	4,184	4,609	4,942
2등급	**38,720**	**51,930**	**64,590**	**71,160**	**76,310**
본부금(15%)	5,808	7,790	9,689	10,674	11,447
본부금(9%)	3,485	4,674	5,813	6,404	6,868
본부금(6%)	2,323	3,116	3,875	4,270	4,579
3등급	**35,740**	**47,940**	**59,640**	**65,750**	**70,500**
본부금(15%)	5,361	7,191	8,946	9,863	10,575
본부금(9%)	3,217	4,315	5,368	5,918	6,345
본부금(6%)	2,144	2,876	3,578	3,945	4,230
4등급	**34,120**	**46,300**	**58,010**	**64,090**	**68,860**
본부금(15%)	5,118	6,945	8,702	9,614	10,329
본부금(9%)	3,071	4,167	5,221	5,768	6,197
본부금(6%)	2,047	2,778	3,481	3,845	4,130
5등급	**32,490**	**44,650**	**56,360**	**62,460**	**67,240**
본부금(15%)	4,874	6,698	8,454	9,369	10,086
본부금(9%)	2,924	4,019	5,072	5,621	6,052
본부금(6%)	1,949	2,679	3,382	3,748	4,034
인지지원등급	**32,490**	**44,650**	**56,360**	**56,360**	**56,360**
본부금(15%)	4,874	6,698	8,454	8,454	8,454
본부금(9%)	2,924	4,019	5,072	5,072	5,072
본부금(6%)	1,949	2,679	3,382	3,382	3,382

* 주 · 야간보호 급여비용 가산

○ 18시~22시 : 20% 가산　　○ 공휴일 : 30% 가산

시설급여비용(1일당) -노인요양시설 (2.3 : 1)

31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	**88,520**	**82,120**	**77,540**
월금액(31일)	**2,744,120**	**2,545,720**	**2,403,740**
본부금(20%)	548,824	509,144	480,748
본부금(12%)	329,294	305,486	288,449
본부금(8%)	219,530	203,658	192,299

시설급여비용(1일당) -노인요양시설 (2.1 : 1)

31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	**93,070**	**86,340**	**81,540**
월금액(31일)	**2,885,170**	**2,676,540**	**2,527,740**
본부금(20%)	577,034	535,308	505,548
본부금(12%)	346,220	321,185	303,329
본부금(8%)	230,814	214,123	202,219

등급구성

구분	이용가능 급여종류
1등급	재가+시설
2등급	
3등급	재가* (3,4등급 1가지 충족/ 5등급 3가지 충족)
4등급	
5등급	
인지지원등급	주야간보호

*시설급여 예외적 허용

① 동일세대 가족구성원으로 수발곤란한 경우
② 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우
③ 심신상태 수준이 재가급여 이용불가한 경우

주·야간보호 (1일당)

식재료비	간식비	월-토(26일)	총비급여
6,000	1,000	26	182,000

시설 비급여비용 (1일당)

식재료비	간식비	월-토(31일)	총비급여
9,000	1,000	31	310,000

본인부담율

수급자유형	재가 / 시설
일반대상자	15% / 20%
40%감경	9% / 12%
60%감경	6% / 8%
기초생활	0%

*본인부담율은 개인유형별로 상이함.

○**요양, 목욕, 간호, 주야간, 단기보호** :
총 급여비용을 합산하여 등급별로 월 한도액 적용

○**월 한도액을 초과할 경우 :**
초과금액은 전액 수급자 본인이 부담

○**요양, 간호, 주야간 :**
야간 시간대, 일요일, 공휴일 이용 시 급여비용의 20% ~ 50%의 가산 적용되어 본인부담금 증가