

마포노인데이케어센터 입소안내

■ 서비스대상

- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 인지지원등급 어르신
- 심신이 허약하거나 치매가 있으신 어르신으로서 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 어르신

■ 서비스제공절차



■ 서비스 이용 시 구비서류

- 개인별장기요양이용계획서 사본 1부
- 장기요양인정서 사본 1부
- 건강진단서(전염병 유무 확인 - 간염, 결핵, 피부병 등) 1부
- 처방전(현재 복용 중인 약봉투)
- 실내화

■ 기타

- 협력병원 : 염문선 내과

■ 이용료 안내

- 인지지원등급, 15% 기준 (15일, 12일)

단위 : 원

등급	구분	일일수가		본인부담금 (15%)	비 급 여		월이용료 (본인부담 15% + 비급여)
		100%	15%		식 비	간식비	
인지 지원 등급	①	44,650	6,690	100,350	4,000 × 1식 × 12일 =월 48,000	1,000 × 12일 = 월 12,000	160,350
	②	56,360	8,450	101,400			161,400
비고	① 15일 출석 기준 , 6시간 이상 8시간 미만 ② 12일 출석 기준 , 8시간 이상 10시간 미만						

■ 상담 및 문의

- 전화 : 02-712-3633
- FAX : 02-711-6784
- 주소 : 서울시 마포구 만리재옛12길 6-2

마포노인데이케어센터 입소안내

■ 서비스대상

- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 인지지원등급 어르신
- 심신이 허약하거나 치매가 있으신 어르신으로서 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 어르신

■ 서비스제공절차



■ 서비스 이용 시 구비서류

- 개인별장기요양이용계획서 사본 1부
- 장기요양인정서 사본 1부
- 건강진단서(전염병 유무 확인 - 간염, 결핵, 피부병 등) 1부
- 처방전(현재 복용 중인 약)
- 실내화

■ 기타

- 협력병원 : 염문선 내과

■ 이용료 안내

- 5등급, 15% 기준 (20일)

단위 : 원

등급	구분	일일수가		본인부담금 (15%)	비 급 여		월이용료 (본인부담 15% + 비급여)
		100%	15%		식 비	간식비	
5등급	①	44,650	6,690	133,800	4,000 × 1식 × 20일 = 월 80,000	1,000 × 20일 = 월 20,000	233,800
	②	56,360	8,450	169,000			269,000
	③	62,460	9,360	187,200			287,200
비고	① 20일 출석 기준 , 6시간 이상 8시간 미만 ② 20일 출석 기준 , 8시간 이상 10시간 미만 ③ 20일 출석 기준 , 10시간 이상 13시간 미만						

■ 상담 및 문의

- 전화 : 02-712-3633
- FAX : 02-711-6784
- 주소 : 서울시 마포구 만리재옛12길 6-2

마포노인데이케어센터 입소안내

■ 서비스대상

- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 인지지원등급 어르신
- 심신이 허약하거나 치매가 있으신 어르신으로서 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 어르신

■ 서비스제공절차



■ 서비스 이용 시 구비서류

- 개인별장기요양이용계획서 사본 1부
- 장기요양인정서 사본 1부
- 건강진단서(전염병 유무 확인 - 간염, 결핵, 피부병 등) 1부
- 처방전(현재 복용 중인 약)
- 실내화

■ 기타

- 협력병원 : 염문선 내과

■ 이용료 안내

- 4등급, 15% 기준 (20일)

단위 : 원

등급	구분	일일수가		본인부담금 (15%)	비 급 여		월이용료 (본인부담 15% + 비급여)
		100%	15%		식 비	간식비	
4등급	①	46,300	6,940	138,800	4,000 × 1식 × 20일 = 월 80,000	1,000 × 20일 = 월 20,000	238,800
	②	58,010	8,700	174,000			274,000
	③	64,090	9,610	192,200			292,200
비고	① 20일 출석 기준 , 6시간 이상 8시간 미만 ② 20일 출석 기준 , 8시간 이상 10시간 미만 ③ 20일 출석 기준 , 10시간 이상 13시간 미만						

■ 상담 및 문의

- 전화 : 02-712-3633
- FAX : 02-711-6784
- 주소 : 서울시 마포구 만리재옛12길 6-2

마포노인데이케어센터 입소안내

■ 서비스대상

- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 인지지원등급 어르신
- 심신이 허약하거나 치매가 있으신 어르신으로서 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 어르신

■ 서비스제공절차



■ 서비스 이용 시 구비서류

- 개인별장기요양이용계획서 사본 1부
- 장기요양인정서 사본 1부
- 건강진단서(전염병 유무 확인 - 간염, 결핵, 피부병 등) 1부
- 처방전(현재 복용 중인 약)
- 실내화

■ 기타

- 협력병원 : 염문선 내과

■ 이용료 안내

- 3등급, 15% 기준 (20일)

단위 : 원

등급	구분	일일수가		본인부담금 (15%)	비 급 여		월이용료 (본인부담 15% + 비급여)
		100%	15%		식 비	간식비	
3등급	①	47,940	7,190	143,800	4,000 × 1식 × 20일 = 월 80,000	1,000 × 20일 = 월 20,000	243,800
	②	59,640	8,940	178,800			278,800
	③	65,750	9,860	197,200			297,200
비고	① 20일 출석 기준 , 6시간 이상 8시간 미만 ② 20일 출석 기준 , 8시간 이상 10시간 미만 ③ 20일 출석 기준 , 10시간 이상 13시간 미만						

■ 상담 및 문의

- 전화 : 02-712-3633
- FAX : 02-711-6784
- 주소 : 서울시 마포구 만리재옛12길 6-2