

제21조(이용료 등 비용부담에 관한 사항)

1. 월 이용료는 본인 일부부담금과 비급여로 구성되며, 노인장기요양보험법의 관련규정을 따른다. 노인장기요양보험법에 의거한 당해 장기요양급여비용의 100분의 15%와 비급여 비용을 합산한 금액을 본인부담으로 한다. (단, 동법에 의거 본인부담금의 일부 감경대상자일 경우 100분의 60의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 차등하여 감경할 수 있다. 또한 기초생활수급자의 경우에는 전액 국가가 지원한다)
2. 그 밖의 비용 부담액
- ① 비급여 항목(한도 이상의 급여제공, 장보기 비용 등) 비용은 “비급여 대상 및 항목별 비용”과 같다. 계약시 상호 협의하에 수급자의 상태변화 또는 수급자(보호자)의 요청에 따라 재협의하에 변경 적용 할 수 있다.
 - ② 병원 동행시 병원비 및 제반 비용의 발생은 본인이 부담하는 것을 원칙으로 한다.
 - ③. 재가급여 한도액을 초과하여 사용하는 경우에는 해당 급여수가의 100% 금액을 본인이 전부 부담하여 서비스를 이용할 수 있다.
 - ④ 수급자 및 보호자의 요청으로 장보기 급여제공을 한 경우에, 해당 물품 금액은 전액 수급자 및 보호자의 부담으로 한다.
3. 재가급여는 수급자가 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 하는 데 도움을 주는 방법으로 제공하여야 하며, 수급 자가의 재가급여 월 한도액 범위 내에서 급여제공 계획을 수립하여 비용 효과적인 방법으로 제공하여야 한다(매년 공단급여 기준 적용)
- 재가급여 월 한도액(복지용구 제외)

구 분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
2025년도	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000

4. 급여비용은 다음과 같다.

① 방문요양 급여비용

(1) 방문요양의 급여비용은 1회 방문당 급여제공시간에 따라 산정한다.

분류번호	급여제공시간	금액(원)	본인 부담금		
			일반대상자	40% 감경자	60% 감경자
가-1	30분 이상	16,940	2,541	1,525	1,016
가-2	60분 이상	24,580	3,687	2,212	1,475
가-3	90분 이상	33,120	4,968	2,981	1,987
가-4	120분 이상	42,160	6,324	3,794	2,530
가-5	150분 이상	49,160	7,374	4,424	2,950
가-6	180분 이상	55,350	8,303	4,928	3,321
가-7	210분 이상	61,670	9,251	5,550	3,700
가-8	240분 이상	68,030	10,205	6,123	4,082

※ 재가급여비용은 이용금액 중 공단지원보험료 85%적용, 본인부담금 15%적용

(2) 1회 방문당 240분 이상 급여를 제공하더라도 급여비용은 “가-8”의 범위 내에서 산정한다.