

2026년 장기요양급여비용 및 본인부담금(안내용)

2026.01.01 시행

재가급여 등급별 월 한도액 인상금액

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급
25년 한도	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400
26년 한도	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320
인상금액	206,500	247,800	42,500	39,100	31,900	18,920
인상률	8.95%	11.89%	2.86%	2.85%	2.71%	2.88%
추가산정	2,764,190	2,564,320	1,833,840	1,691,640	1,450,680	-

본인부담률

구분	재가급여	시설급여	복지용구
일반	15%	20%	15%
40%감경	9%	12%	9%
60%감경	6%	8%	6%
기초	면제	면제	면제
★월 한도액 초과할 경우 전액 수급자 부담			

등급별 월 한도액

구분	월 한도액	*추가한도
1등급	2,512,900	2,764,190
2등급	2,331,200	2,564,320
3등급	1,528,200	1,833,840
4등급	1,409,700	1,691,640
5등급	1,208,900	1,450,680
인지지원	676,320	-

월 한도액 본인부담금

구분	월 한도액	본부금15%	본부금9%	본부금6%	기초
1등급	2,512,900	376,930	226,160	150,770	0
2등급	2,331,200	349,680	209,800	139,870	0
3등급	1,528,200	229,230	137,530	91,690	0
4등급	1,409,700	211,450	126,870	84,580	0
5등급	1,208,900	181,330	108,800	72,530	0
인지지원	676,320	101,440	60,860	40,570	0

방문목욕 (방문당)

구분	급여비용	60분 ↓
차량:차량내	88,990	71,190
차량:가정내	80,230	64,180
차량 X	50,100	40,080

방문간호 (방문당)

구분	급여비용	비고
15~30분 ↓	42,880	
30~60분 ↓	53,770	
60분이상	64,690	

*주·야간보호급여를 월15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 한도액 10~20% 추가 산정

*가족요양 받은 월은 한도액 추가없음 *야간(18시~22시),일요일,공휴일은 비용 20%~50% 가산적용

방문요양 (방문당)

시간	급여비용	본부금15%	본부금9%	본부금6%	기초
30분이상	17,450	2,610	1,570	1,040	0
60분이상	25,320	3,790	2,270	1,510	0
90분이상	34,120	5,110	3,070	2,040	0
120분이상	43,430	6,510	3,900	2,600	0
150분이상	50,640	7,590	4,550	3,030	0
180분이상	57,020	8,550	5,130	3,420	0
210분이상	63,530	9,520	5,710	3,810	0
240분이상	70,080	10,510	6,300	4,200	0

가족요양 60분

구분	급여비용	이용일수	전체금액	15%	9%
60분20일	25,320	20	506,400	75,960	45,570

가족요양 90분

구분	급여비용	이용일수	전체금액	15%	9%
90분31일	34,120	31	1,057,720	158,650	95,190

의사소견서 및 간호지시서 비용

의사소견서	의료기관	보건소/지소	방문간호지시서	의사소견서	보건소/지소
의사소견서	62,020	60,570	기관방문	23,180	6,260
치매진단	29,690	27,230	가정방문	71,280	13,500