2026년 급여별 급여비용 및 본인부담금

2026.01.01 시행

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	10% or 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 : 1,2등급 월 한도액 10%범위 내 추가 산정 3,4,5등급 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
10%추가 20%추가	2,764,190	2,564,320	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%)	2,610	3,790	5,110	6,510	7,590	8,550	9,520	10,510
본부금(9%)	1,570	2,270	3,070	3,900	4,550	5,130	5,710	6,300
본부금(6%)	1,040	1,510	2,040	2,600	3,030	3,420	3,810	4,200

본인부담율

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

*본인부담금=총급여비용 X 수급자유형

*본인부담율은 수급자 유형에 따라 다름

가족요양60분(20일) 가족요양90분(31일)

분류	20일	30일	31일
급여비용	506,400	1,023,600	1,057,720
본부금(15%)	75,960	153,540	158,650
본부금(9%)	45,570	92,120	95,190
본부금(6%)	30,380	61,410	63,460

방문목욕 (방문당)

분류	목욕차(차량)	목욕차(가정)	차량 미이용
급여비용	88,990	80,230	50,100
본부금(15%)	13,340	12,030	7,510
본부금(9%)	8,000	7,220	4,500
본부금(6%)	5,330	4,810	3,000

주・야간보호 급여비용 (1일당)

시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과
1등급	41,820	56,060	69,730	76,820	82,370
본부금(15%)	6,270	8,400	10,450	11,520	12,350
본부금(9%)	3,760	5,040	6,270	6,910	7,410
본부금(6%)	2,500	3,360	4,180	4,600	4,940
2등급	38,720	51,930	64,590	71,160	76,310
본부금(15%)	5,800	7,780	9,680	10,670	11,440
본부금(9%)	3,480	4,670	5,810	6,400	6,860
본부금(6%)	2,320	3,110	3,870	4,260	4,570
3등급	35,740	47,940	59,640	65,750	70,500
본부금(15%)	5,360	7,190	8,940	9,860	10,570
본부금(9%)	3,210	4,310	5,360	5,910	6,340
본부금(6%)	2,140	2,870	3,570	3,940	4,230
4등급	34,120	46,300	58,010	64,090	68,860
본부금(15%)	5,110	6,940	8,700	9,610	10,320
본부금(9%)	3,070	4,160	5,220	5,760	6,190
본부금(6%)	2,040	2,770	3,480	3,840	4,130
5등급	32,490	44,650	56,360	62,460	67,240
본부금(15%)	4,870	6,690	8,450	9,360	10,080
본부금(9%)	2,920	4,010	5,070	5,620	6,050
본부금(6%)	1,940	2,670	3,380	3,740	4,030
인지지원등급	32,490	44,650	56,360	56,360	56,360
본부금(15%)	4,870	6,690	8,450	8,450	8,450
본부금(9%)	2,920	4,010	5,070	5,070	5,070
본부금(6%)	1,940	2,670	3,380	3,380	3,380

단기보호 급여비용 (1일당)

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
급여비용	74,060	68,580	63,350	61,680	60,000
본부금(15%)	11,100	10,280	9,500	9,250	9,000
본부금(9%)	6,660	6,170	5,700	5,550	5,400
본부금(6%)	4,440	4,110	3,800	3,700	3,600

방문간호 급여비용 (방문당)

시간	30분미만	30분이상	60분이상
급여비용	42,880	53,770	64,690
본부금(15%)	6,430	8,060	9,700

의사소견서 / 방문간호지시서 발급비용(1회당)

	의사소견서	치매진단	방문간호지시서
의료기관	62,020	29,690	23,180
보건소/보건지소	60,570	27,230	6,260

주・야간보호/시설 비급여비용 (1일당)

식재료비	간식비		총비급여
6,000	1,000	0	7,000

시설급여 비용(1일당) - 노인요양시설

월 일수 → 변경 시 자동 적용

30	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	93,070	86,340	81,540
월금액(30일)	2,792,100	2,590,200	2,446,200
본부금(20%)	558,420	518,040	489,240
본부금(12%)	335,050	310,820	293,540
본부금(8%)	223,360	207,210	195,690

시설급여 비용(1일당) - 공동생활가정

월 일수 → 변경 시 자동 적용

30	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	74,590	69,210	63,800
월금액(30일)	2,237,700	2,076,300	1,914,000
본부금(20%)	447,540	415,260	382,800
본부금(12%)	268,520	249,150	229,680
본부금(8%)	179,010	166,100	153,120

○ 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