

<2025년 본인부담금 안내문>

효빛재가복지센터

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	20% 추가산정
월 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	주·야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	2,767,680	2,500,080	1,782,840	1,644,720	1,412,400	

방문요양 급여비용 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	본인부담율	
급여비용	16,940	24,580	33,120	42,160	49,160	55,350	61,670	68,030	수급자유형	재가 / 시설
본부금(15%)	2,540	3,680	4,960	6,320	7,370	8,300	9,250	10,200	일반대상자	15% / 20%
본부금(9%)	1,520	2,210	2,980	3,790	4,420	4,980	5,550	6,120	40%감경	9% / 12%
본부금(6%)	1,010	1,470	1,980	2,520	2,940	3,320	3,700	4,080	60%감경	6% / 8%
									기초생활	0%