

<2026년 본인부담금 안내문>

효빛재가복지센터

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	20% 추가산정
월 한도액	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	주·야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	3,015,480	2,797,440	1,833,840	1,691,640	1,450,680	

방문요양 급여비용 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	본인부담율	
급여비용	17,450	25,320	34,120	43,430	50,640	57,020	63,530	70,080	수급자유형	재가 / 시설
본부금(15%)	2,618	3,798	5,118	6,515	7,596	8,553	9,530	10,512	일반대상자	15% / 20%
본부금(9%)	1,571	2,279	3,071	3,909	4,558	5,132	5,718	6,307	40%감경	9% / 12%
본부금(6%)	1,047	1,519	2,047	2,606	3,038	3,421	3,812	4,205	60%감경	6% / 8%
									기초생활	0%