

2025년 급여별 급여비용 및 본인부담금(기관용)

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	*20% 추가산정
월 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400	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	-	

*주야간보호+가족요양 : 가족요양 방문요양급여 제공받은 월은 20% 추가 산정안함

방문요양 급여비용 (방문당)

※ 본부금 일(1)의 자리 버림

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%

가족요양60분(20일)

분류	20일	30일	31일

주-야간보호 급여비용 (1일당)

시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060
본부금(15%)	6,090	8,170	10,160	11,190	12,000
본부금(9%)	3,650	4,900	6,090	6,710	7,200
본부금(6%)	2,430	3,260	4,060	4,470	4,800
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170
본부금(15%)	5,640	7,570	9,410	10,370	11,120
본부금(9%)	3,380	4,540	5,650	6,220	6,670
본부금(6%)	2,250	3,020	3,760	4,140	4,450
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520
본부금(15%)	5,210	6,980	8,690	9,580	10,270
본부금(9%)	3,120	4,190	5,210	5,750	6,160
본부금(6%)	2,080	2,790	3,470	3,830	4,110
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930
본부금(15%)	4,970	6,750	8,450	9,340	10,030
본부금(9%)	2,980	4,050	5,070	5,600	6,020
본부금(6%)	1,980	2,700	3,380	3,730	4,010
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350
본부금(15%)	4,730	6,510	8,210	9,100	9,800
본부금(9%)	2,840	3,900	4,930	5,460	5,880
본부금(6%)	1,890	2,600	3,280	3,640	3,920
인지지원등급	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780
본부금(15%)	4,730	6,510	8,210	8,210	8,210
본부금(9%)	2,840	3,900	4,930	4,930	4,930
본부금(6%)	1,890	2,600	3,280	3,280	3,280

단기보호 급여비용 (1일당)

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
급여비용	70,500	65,280	60,310	58,720	57,110
본부금(15%)	10,570	9,790	9,040	8,800	8,560
본부금(9%)	6,340	5,870	5,420	5,280	5,130
본부금(6%)	4,230	3,910	3,610	3,520	3,420

방문목욕 급여비용 (방문당)

분류	목욕자(차량)	목욕자(가정)	차량 미이용
급여비용	86,480	77,970	48,690
본부금(15%)	12,970	11,690	7,300
본부금(9%)	7,780	7,010	4,380
본부금(6%)	5,180	4,670	2,920

차량40분 69180

방문간호 급여비용 (방문당)

시간	30분미만	30분이상	60분이상
급여비용	41,710	52,310	62,930
본부금(15%)	6,250	7,840	9,430
의사소견서 / 방문간호지시서 발급비용(1회당)			
	의사소견서	치매진단	방문간호지시서
의료기관			
보건소/보건지소			

주-야간보호/시설 비급여비용 (1일당)

식재료비	이미용비		총비급여
0	0	0	0

시설급여 비용(1일당) - 노인요양시설(2.3:1)

31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	90,450	83,910	79,240
월금액	2,803,950	2,601,210	2,456,440
본부금(20%)	560,790	520,240	491,280
본부금(12%)	336,470	312,140	294,770
본부금(8%)	224,310	208,090	196,510

시설급여 비용(1일당) - 공동생활가정

31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	72,480	67,250	62,000
월금액	2,246,880	2,084,750	1,922,000
본부금(20%)	449,370	416,950	384,400
본부금(12%)	269,620	250,170	230,640
본부금(8%)	179,750	166,780	153,760

○ 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

월 일수 → 변경 시 자동 적용

월 일수 → 변경 시 자동 적용