

2025년 급여별 급여비용 및 본인부담금

2024년도 대비 평균 3.93%인상

2025.01.01 시행

제가급여 등급별 이용 월 한도액 (복지용구제외)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	*추가산정	*월 한도액 초과
월 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400	주야간보호급여 월15일 (1일 8시간)이상 이용	초과금액 전액 수급자 본인 부담
추가산정	2,537,040	2,291,740	1,782,840	1,644,720	1,412,400	-		

* 방문,목욕,간호,주야간,단기보호 총 급여비용 합산하여 등급별 월 한도액 적용	본인부담율	일반대상자	40%감경	60%감경	기초
* 요양,간호,주야간 : 야간, 일요일, 공휴일 급여비용의 20%~50% 가산 적용	시설급여	20%	12%	8%	0%
* 본인부담금 = 총급여비용 X 수급자유형	재가급여	15%	9%	6%	0%

방문요양 급여비용 (방문당)

구분									가족60분	가족90분
	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	20일	31일
급여비용	16,940	24,580	33,120	42,160	49,160	55,350	61,670	68,030	491,600	1,026,720
15% 본부금	2,540	3,680	4,960	6,320	7,370	8,300	9,250	10,200	73,740	154,000
9% 본부금	1,520	2,210	2,980	3,790	4,420	4,980	5,550	6,120	44,240	92,400
6% 본부금	1,010	1,470	1,980	2,520	2,940	3,320	3,700	4,080	29,490	61,600

방문목욕 급여비용 (방문당)

구분	차량(차량)	차량(가정)	차량 미이용	구분	15~30분 ↓	30~60분 ↓	60분이상	의사소견서	61,040	58,970
급여비용	86,480	77,970	48,690	급여비용	41,710	52,310	62,930	치매진단	29,220	26,510
15% 본부금	12,970	11,690	7,300	15% 본부금	6,250	7,840	9,430	방문간호지시서	의사소견서	보건소/지소
9% 본부금	7,780	7,010	4,380	9% 본부금	3,750	4,700	5,660	의료기관방문	22,680	6,090
6% 본부금	5,180	4,670	2,920	6% 본부금	2,500	3,130	3,770	가정방문	70,030	13,140

주.야간보호 급여비용 (1일당)

구분	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과	구분	급여비용	15% 본부금	9% 본부금	6% 본부금
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060	1등급	71,970	10,790	6,470	4,310
15% 본부금	6,090	8,170	10,160	11,190	12,000	2등급	66,640	9,990	5,990	3,990
9% 본부금	3,650	4,900	6,090	6,710	7,200	3등급	61,560	9,230	5,540	3,690
6% 본부금	2,430	3,260	4,060	4,470	4,800	4등급	59,940	8,990	5,390	3,590
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170	5등급	58,300	8,740	5,240	3,490
15% 본부금	5,640	7,570	9,410	10,370	11,120	노인요양시설 2.1 (1일당)				시설 비급여
9% 본부금	3,380	4,540	5,650	6,220	6,670	2.1:1	1등급	2등급	3,4,5등급	식재료비(일)
6% 본부금	2,250	3,020	3,760	4,140	4,450	31일	90,450	83,910	79,240	10,900
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520	월금액	2,803,950	2,601,210	2,456,440	이미용비
15% 본부금	5,210	6,980	8,690	9,580	10,270	20% 본부금	560,790	520,240	491,280	0
9% 본부금	3,120	4,190	5,210	5,750	6,160	12% 본부금	336,470	312,140	294,770	총비급여
6% 본부금	2,080	2,790	3,470	3,830	4,110	8% 본부금	224,310	208,090	196,510	10,900
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930	노인요양시설 2.3 (1일당)				
15% 본부금	4,970	6,750	8,450	9,340	10,030	2.3:1	1등급	2등급	3,4,5등급	대면-계약의사
9% 본부금	2,980	4,050	5,070	5,600	6,020	31일	86,030	79,810	75,360	초진비용
6% 본부금	1,980	2,700	3,380	3,730	4,010	월금액	2,666,930	2,474,110	2,336,160	18,410
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350	20% 본부금	533,380	494,820	467,230	재진비용
15% 본부금	4,730	6,510	8,210	9,100	9,800	12% 본부금	320,030	296,890	280,330	13,160
9% 본부금	2,840	3,900	4,930	5,460	5,880	8% 본부금	213,350	197,920	186,890	
6% 본부금	1,890	2,600	3,280	3,640	3,920	공동생활가정 (1일당)				비대면-계약의사
인지지원등급	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780	구분	1등급	2등급	3,4,5등급	초진비용
15% 본부금	4,730	6,510	8,210	8,210	8,210	31일	72,480	67,250	62,000	9,210
9% 본부금	2,840	3,900	4,930	4,930	4,930	월금액	2,246,880	2,084,750	1,922,000	재진비용
6% 본부금	1,890	2,600	3,280	3,280	3,280	20% 본부금	449,370	416,950	384,400	6,580
주.야간보호 비급여비용						12% 본부금	269,620	250,170	230,640	
식재료비1식	3,300	간식비1일	1,000	총비급여	4,300	8% 본부금	179,750	166,780	153,760	