<입소자의 비용부담 관계서류>

2024년 한빛재가복지센터

1. 등급별 재가급여 월 한도액(원)

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
월 한도액	2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600

2. 방문요양 시간당 급여비용

등급별 본인부담금 인상율	변경 전 1회당 이용시간별 본인부담금비용				변경 후 1회당 이용시간별 본인부담금비용			
	구분	금액(원)	구분	금액(원)	구분	금액(원)	구분	금액(원)
	30분	2,429	150분	7,046	**30분**	2,495	**150분**	7,238
	60분	3,522	180분	7,932	**60분**	3,618	**180분**	8,148
	90분	4,748	210분	8,840	**90분**	4,877	**210분**	9,080
	120분	6,042	240분	9,750	**120분**	6,207	**240분**	10,016

가족요양60분(20일)		가족요양90분(31일)	
분류	20일	30일	31일
급여비용	482,400	975,300	1,007,810
본부금(15%)	72,360	146,295	151,172

3.방문목욕 급여비용

구분	'23년 수가	'23년 본인부담	'24년 수가	'24년 본인부담
차량이용(차량 내)	82,160	12,324	84,670	12,701
차량이용(가정 내)	74,070	11,111	76,340	11,451
차량 미 이용	46,250	6,938	47,670	7,151

4. 방문 본인부담금 비율

구 분	부담금액 (상기 수가의)	
본인 부담금	일반수급자	15 %
	기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자) 저소득층(본인 일부 부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정 금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	6% 또는 9%
	기초생활수급 대상자	면제

비용부담의 방법 :

가. 계좌이체를 원칙으로 하며, 부득이한 경우 현금으로 납부 할 수 있다.

나. 기관은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 말일에 정산하고, 수급자 또는 보호자에게 익월 5일까지 별지 제 24호 서식의 장기요양급여비용명세서를 통 보 하도록 한다.

다. 수급자 또는 보호자는 매월 이용료를 익월 10일에 납부한다. 다만 납부일이 공휴일인 경우에는 익일로 한다.

5. 세부사항

등급	급여 비용	이용횟수	총급여비용	15%	9%	6%
60분이상	23,480	20	469,600	70,440	42,260	28,170
90분이상	31,650	20	633,000	94,950	56,970	37,980
90분이상	31,650	31	981,150	147,170	88,300	58,860
120분이상	40,280	25	1,007,000	151,050	90,630	60,420
150분이상	46,970	25	1,174,250	176,130	105,680	70,450
180분이상	52,880	25	1,322,000	198,300	118,980	79,320
210분이상	58,930	25	1,473,250	220,980	132,590	88,390
240분이상	65,000	25	1,625,000	243,750	146,250	97,500

한빛재가복지센터