

장기요양급여제공 변경 계약서

이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	등급 / L
	생년월일	년 월 일	연락처	
	주 소			
	기 타	☒ 일반(15%) ☐ 경감대상자(9%) ☐ 경감대상자(6%) ☐ 국민기초생활 수급권자 ☐ 기타의료급여 수급권자		
제공자 (을)	시설명	재활플러스 주간보호센터	시설종류	주간보호
	센터장성명	박용희 (인)	연락처	031) 851-9985
	주 소	경기도 의정부시 오목로205번길 1 예스타워 505호		
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	
	생년월일	년 월 일	연락처	
	주 소			

※아래와 같은 사유로 인하여 계약상의 내용이 변경되어 변경 계약서를 작성함.

〈변경사유〉 2019년도 노인장기요양급여비용이 2019년1월1일로 각 등급별 인상 (제도변경에 따른 안내문 참조 바람)

〈변경내용〉

등급별 월한도액 (인상율)	1등급(4.31%)		2등급(4.31%)		3등급(4.31%)	
	전	후	전	후	전	후
	1,396,200	1,456,400	1,241,100	1,294,600	1,189,400	1,240,700
등급별 월한도액 (인상율)	4등급(5.2%)		5등급(5.37%)		인지지원등급(6.56%)	
	전	후	전	후	전	후
	1,085,900	1,142,400	930,800	980,800	517,800	551,800

구분 (토,일요일 30%할증)	1등급		2등급		3등급	
	전	후	전	후	전	후
3시간이상~6시간미만	32,020	34,120	29,640	31,590	27,360	29,160
6시간이상~8시간미만	42,920	45,740	39,760	42,370	36,700	39,110
8시간이상~10시간미만	53,390	56,890	49,460	52,710	45,660	48,660
10시간이상~12시간미만	58,820	62,680	54,480	58,060	50,340	53,640
12시간이상	63,070	67,210	58,430	62,270	53,980	57,520
구분 (토,일요일 30%할증)	4등급		5등급		인지지원등급	
	전	후	전	후	전	후
3시간이상~6시간미만	26,120	27,830	24,870	26,500	24,870	26,500
6시간이상~8시간미만	35,450	37,780	34,200	36,440	34,200	36,440
8시간이상~10시간미만	44,410	47,330	43,150	45,980	43,150	45,980
10시간이상~12시간미만	49,070	52,290	47,820	50,960	43,150	45,980
12시간이상	52,730	56,190	51,470	54,850	43,150	45,980

상기사항을 2019 년 01월 01일 부터 2019 년 12월 31일까지 계약기간으로 적용하며, 이에 이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 변경계약에 대하여 동의합니다.

2019 년 01월 02일

수급자(보호자)

[인]