

장기요양급여이용 변경 계약서 (방문요양)

계약당사자				
이용자 (갑)	성명	홍길동 (인)	등급 (인정번호)	4등급 L123456789-101
	생년월일	1900년 1월 1일	연락처	010-1234-5678
	주소	파주시 법원읍 술이출로832		
	기타	☒ 일반(15%) ☐ 경감대상자 ☐ 국민기초생활 수급권자 ☐ 기타의료급여 수급권자		
제공자 (을)	시설명	파주시은빛사랑채	시설 종류	방문요양
	관리자 성명	김도성 (인)	연락처	031) 958-0088/1453
	주소	경기도 파주시 봉미로32번길 16-4 파주시은빛사랑채		
대리인 또는 보호자 (병)	성명	(인)	관계	
	생년월일	년 월 일	연락처	
	주소			

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

<변경 사유> : 급여비용 변경

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시 개정
(제13조 재가급여 월 한도액, 제18조 방문요양 급여비용)

<변경 내용>

◇ 세부 내역

등 급 별 월 한도액 인 상 율	변경 전 월 한도액(2024년)					
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
	2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600	643,700
	변경 후 월 한도액(2025년)					
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400

등 급 별 본인부담금 인 상 율	변경 전 1회당 이용시간별 급여비용				변경 후 1회당 이용시간별 급여비용			
	구분	금액(원)	구분	금액(원)	구분	금액(원)	구분	금액(원)
	30분	16,630	150분	48,250	30분	16,940	150분	49,160
	60분	24,120	180분	54,320	60분	24,580	180분	55,350
	90분	32,510	210분	60,530	90분	33,120	210분	61,670
	120분	41,380	240분	66,770	120분	42,160	240분	68,030

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약 체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관
키로 한다.(단, 장기요양급여변경계약서 이외의 항목은 기존에 작성한 계약서(장기요양급여 이용 표준약관(방
문요양)) 내용과 동일하게 적용한다.

2025년 1월 1일

이용인(보호자) 홍길동 (인)

파주시은빛사랑채 (직인)