

장기요양급여이용 변경 계약서 (방문요양)

계약당사자				
이용자 (갑)	성명	홍길동 (인)	등급 (인정번호)	4등급 L12345678-101
	생년월일	1900년 1월 1일	연락처	010-1234-5678
	주소	파주시 파주읍 술이홀로 832		
	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 술이홀로 832 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(2025년)					
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400
	변경 후 월 한도액(2026년)					
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320

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	16,940	150분	49,160	30분	17,450	150분	50,640
	60분	24,580	180분	55,350	60분	25,320	180분	57,020
	90분	33,120	210분	61,670	90분	34,120	210분	63,530
	120분	42,160	240분	68,030	120분	43,430	240분	70,080

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.

2026년 1월 1일

이용인(보호자) 홍길동 (인)

파주시은빛사랑채 (직인)