비용 안내(일반)

구비 서류

- 장기요양 인정서 1부, 표준 장기요양 이용계획서 1부(공단에서 발급)
- 건강보험증, 의사소견서, 약처방전 (해당어르신)
- 주민등록등본(어르신,보호자) 각 1통
- 건강검진자료(병원에서 전염성 및 피부질환 등 확인)
- 의료급여 또는 기초생활 수급증명서(수급자에 한함)

주간보호센터 월 한도액

(2025년 장기요양보험공단 고시 기준)

등급	월 한도액	최대 본인부담금		
		일반(15%)	감경, 의료(9%)	감경(6%)
1등급	2,306,400	345,960	207,576	138,384
2등급	2,083,400	312,510	187,506	125,004
3등급	1,485,700	222,855	133,713	89,142
4등급	1,370,600	205,590	123,354	82,236
5등급	1,177,000	176,550	105,930	70,620
인지지원등급	657,400	98,610	59,166	39,444

계약 절차(일반)

본인 부담 (일반, 감경, 의료, 기초) + 비급여 (식사, 간식) > > 이용자 부담금

일반 이용시간별 수가(공휴일 가산 30%)

1일/원

이용시간	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
3시간 이상 ~ 6시간 미만	40,650	37,630	34,740	33,160	31,580	31,580
6시간 이상 ~ 8시간 미만	54,490	50,470	46,590	45,000	43,400	43,400
8시간 이상 ~ 10시간 미만	67,770	62,780	57,960	56,380	54,780	54,780
10시간 이상 ~ 13시간 미만	74,660	69,160	63,900	62,290	60,710	54,780
13시간 초과	80,060	74,170	68,520	66,930	65,350	54,780
비급여비용	식사	1식 2,500 X 2식 (1일/2식)				
	간식비	1,000 (1일)				

예상 본인부담금 계산(일반)

※1~5등급, 인지지원등급 기준 월 26일 이용 시 (1일 8시간~10시간)

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
일반 (15%)	급여 (본인부담금)	264,303	244,842	226,044	219,882	213,642	213,642
	비급여 (식사/간식)	156,000					
	총 부담금	420,303	400,842	382,044	375,882	369,642	369,642
감경, 의료 (9%)	급여 (본인부담금)	158,582	146,905	135,626	131,929	128,185	128,185
	비급여 (식사/간식)	156,000					
	총 부담금	314,582	302,905	291,626	287,929	284,185	284,185
감경 (6%)	급여 (본인부담금)	105,721	97,937	90,418	87,953	85,457	85,457
	비급여 (식사/간식)	156,000					
	총 부담금	261,721	253,937	246,418	243,953	241,457	241,457

상담신청 문의

상담전화 : 031-675-1588

- 등급신청에 대해 자세한 안내를 도와 드리겠습니다.

웰니스데이케어
노인재활주간보호센터

WELLNESS DAY CARE

비용 안내(치매전담실)

구비 서류

- 장기요양 인정서 1부, 표준 장기요양 이용계획서 1부(공단에서 발급)
- 건강보험증, 의사소견서, 약처방전 (해당어르신)
- 주민등록등본(어르신,보호자) 각 1통
- 건강검진자료(병원에서 전염성 및 피부질환 등 확인)
- 의료급여 또는 기초생활 수급증명서(수급자에 한함)

주간보호센터 월 한도액

등급	월 한도액	본인부담금		
		일반(15%)	감경, 의료(9%)	감경(6%)
1등급				
2등급				
3등급				
4등급				
5등급				
인지지원등급				

계약 절차(치매 전담실)

본인 부담 (일반, 감경, 의료, 기초) + 비급여 (식사, 간식) > > 이용자 부담금

치매전담실 이용시간별 수가(야간 가산20%, 공휴일 가산 30%)

1일/원

이용시간	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
3시간미만						
3시간이상 ~ 6시간미만						
6시간이상 ~ 8시간미만						
8시간이상 ~ 10시간미만						
10시간이상 ~ 12시간미만						
12시간이상						
비급여비용	식사	1식 2,000 X 2식 (1일/2식)				
	간식비	1,000 (1일)				

본인부담금 계산(치매전담실)

※1~5등급 기준 22일(1일 8시간) / 인지지원등급 기준 12일(1일 8시간)

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
일반 (15%)	급여 (본인부담금)						
	비급여 (식사/간식)						
	총 부담금						
감경, 의료 (9%)	급여 (본인부담금)						
	비급여 (식사/간식)						
	총 부담금						
감경 (6%)	급여 (본인부담금)						
	비급여 (식사/간식)						
	총 부담금						

상담신청 문의

상담전화 : 031-675-1588

- 등급신청에 대해 자세한 안내를 도와 드리겠습니다.

웰니스데이케어
노인재활주간보호센터