



2026년 01월 가정통신문



♥가족들도 휴식이 필요합니다. ♥ 치매가족휴가제(종일방문요양서비스)

연간 12시간씩 24일 이용가능합니다. 24시간 이용 12일 이용 확대 예정

♥010-8116-9920 ♯ 031) 997-9920♥

1. 운영안내 : 매월 1일은 **첫술** 교체의 날입니다. **첫술 '꼭' 보내주시길 부탁드립니다^^**

- 마지막페이지에 2026년부터 변경되는 급여비용 안내사항 확인 부탁드립니다.
식대 및 급여비용 변경 사항 있습니다. (식대 1식 3300원->3500원 200원인상)

2. 12월 실시한 프로그램 안내

- 12월 25일 가족과 함께한 송년회 즐겁게 마무리 되었습니다.

3. 1월 행사 안내

- 1월 1일 어르신들과 함께 새해 맞이 덕담나누기, 민속놀이 진행하겠습니다.

- 1월 6일 어르신 대상 식사 만족도 조사 시행 예정입니다.

4. 후원금 현황

이**님 외 5분 180,000원을 후원해 주셨습니다. 감사합니다*^^*

▶▶▶▶▶다음페이지에 이어집니다.*^^*



5. 프로그램

그룹 수업, 매일 슬링 운동, 놀이 치료 필수, 오후 단체 수업 2시간 중 1시간은 외부강사 수업 입니다. 항상 알차고 재미있는 수업을 제공하고 있습니다.

6. 가정 통신문 발송 등 안내

카카오톡 앱을 통해 급여제공기록지(12월), 식단표(1월), 프로그램일정표(1월), 이동서비스일정(1월) 발송 해드리고 있습니다.

7. 기타 안내사항

- 현금이나 귀중품은 분실 우려가 있으니 가급적이면 센터에 가지고오지 않도록 당부 드립니다.
- 일요일 제외 공휴일 모두 센터는 정상 운영 합니다. 센터 이용시 참고 부탁드립니다.
- 매주 수(2층), 목(4층) 목욕서비스를 실시하오니 갈아입을 속옷을 보내주시면 감사하겠습니다.

8. 12월 어르신들의 활동 영상 헬스원 블로그에 올렸으니 확인해보세요*^^*

※블로그 <https://blog.naver.com/helthone>

9. 12월 어르신들 활동 사진

O.X퀴즈	♡송년회 어르신 선물♡
	



10. 2026년 주야간보호 급여비용 안내

2026년 주야간보호 급여비용



보건복지부 보건복지부의 2026년 장기요양보험 수가 인상 안내

[월 이용료 한도액]

(단위 : 원)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2026	2,512,900 원	2,331,200 원	1,528,200 원	1,409,700 원	1,208,900 원	676,320 원
인상률	8.95%	11.89%	2.86%	2.85%	2.71%	2.88%

- 일반(2 등) 한도 금액 : 8 시간 15 일이용시 20% 금액 이용가능 조건 충족(단 1,2 등급 10%금액)
- 치매전담(5 등) 한도 금액 : 8 시간 15 일이용시 50% 금액 이용가능 조건 충족
- 금액한도액 초과 시 본인부담금이 100% 추가, 미이용일은 월 5 일에 한해 50% 본인부담금 부담

□ 일반 주간보호(2 등) 2026년 수가

등급	8시간이상 1일수가		10시간이상 1일수가	
	수가	본인부담금	수가	본인부담금
1등급	69,730 원	10,460 원	76,820 원	11,530 원
2등급	64,590 원	9,690 원	71,160 원	10,680 원
3등급	59,640 원	8,950 원	65,750 원	9,870 원
4등급	58,010 원	8,710 원	64,090 원	9,620 원
5등급	56,360 원	8,460 원	62,460 원	9,370 원
인지지원등급	56,360 원	8,460 원	56,360 원	8,460 원

□ 치매전담(4 등 기억학교) 2026년 수가

등급	8시간이상 1일수가		10시간이상 1일수가	
	수가	본인부담금	수가	본인부담금
1등급	0 원	0 원	0 원	0 원
2등급	81,270 원	12,190 원	89,530 원	13,430 원
3등급	75,010 원	11,260 원	82,700 원	12,410 원
4등급	72,980 원	10,950 원	80,600 원	12,090 원
5등급	70,890 원	10,640 원	78,550 원	11,790 원
인지지원등급	70,890 원	10,640 원	70,890 원	10,640 원

[장기요양 수가 안내] (본인부담금은 일반 15% 가산됩니다.)

[비급여항목 비용]

(단위 : 원)

식비	1 일 1 식 3,500 원 / 2 식 7,000	2025 년대비 200 원인상
간식비	1 일 1,000 원	2025 년과 동일

인상에 따른 수가 적용은 2026. 1. 1. 시행되며,
2026년 1월부터 본인부담금 수가 적용됩니다.

2025년 12월 04일

핵스원 테이케어센터 (인)

