

[별표 1] 2026년 월 이용료 및 그 밖의 비용부담액

등급별 재가급여 월 이용한도액

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원
월한도액(원)	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,370,600	1,177,000	657,400
추가산정(원)	2,764,190	2,564,320	1,681,020	1,550,670	1,329,790	-

* 월15일(A7 8시간)이상 이용시 1,2등급 월한도액 10% 범위내 추가산정

* 월15일(A7 8시간)이상 이용시 3,4 등급 월한도액 20% 범위내 추가산정

* 월 한도액을 초과하는 경우 초과금액은 전액 수급자 본인이 부담

구분	등급	금액(원)	본인부담금		
			일반	40%감경(9%)	60%감경(6%) 기타의료수급권자
3시간 이상 ~ 6시간 미만	1등급	41,820	6,270	3,760	2,509
	2등급	38,720	5,800	3,380	2,320
	3등급	35,740	5,360	3,130	2,140
	4등급	34,120	5,110	2,980	2,050
	5등급	32,490	4,870	3,070	1,980
	인지지원	32,490	4,870	3,070	1,980
6시간 이상 ~ 8시간 미만	1등급	56,060	8,400	5,050	3,360
	2등급	51,930	7,780	4,670	3,120
	3등급	47,940	7,190	4,320	2,880
	4등급	46,300	6,940	4,170	2,780
	5등급	44,650	6,690	4,020	2,680
	인지지원	44,650	6,690	4,020	2,680
8시간 이상 ~ 10시간 미만	1등급	69,730	10,450	6,280	4,180
	2등급	64,590	9,680	5,810	3,880
	3등급	59,640	8,940	5,370	3,580
	4등급	58,010	8,700	5,220	3,480
	5등급	56,360	8,450	5,070	3,380
	인지지원	56,360	8,450	5,070	3,380
10시간 이상 ~ 13시간 이하	1등급	76,820	11,520	6,910	4,610
	2등급	71,160	10,670	6,400	4,270
	3등급	65,720	9,860	5,920	3,940
	4등급	64,090	9,610	5,770	3,850
	5등급	62,460	9,360	5,620	3,750
	인지지원	62,460	8,450	5,620	3,750
13시간 초과	1등급	82,730	12,350	7,450	4,960
	2등급	76,310	11,440	6,870	4,578
	3등급	70,500	10,570	6,400	4,230
	4등급	68,860	10,320	6,200	4,130
	5등급	67,240	10,080	5,650	4,030
	인지지원	67,240	8,450	5,650	4,030

비급여 항목	금액
식사재료비	2식=7,600(죽포함)
간식비	1일 =1,000 원