

※이용료, 그 밖에 이용자의 비용부담

1. 월 이용료는 본인 일부 부담금과 비급여로 구성되며, 본인 일부 부담금은 매년 국가가 정한 등급별 해당 금액으로 한다.

노인장기요양보험법에 의거한 당해 장기요양급여 비용의 15%와 비급여 비용을 합산한 금액을 본인 부담으로 한다.

(단, 동법에 의거 본인부담금의 일부 감경대상자일 경우 6%, 9%와 비급여 비용을 합산한 금액을 본인 부담으로 한다. 감경 절차 및 감경 방법은 보건복지부령에 따라 처리한다.)

또한 기초생활보장 수급자의 경우에는 전액 국가가 지원한다. 대상자가 거주중에 시에 이용내용에 대해 신청을 하여야 한다.

2. 그 밖의 비용 부담액

1) 노인장기요양보험 시행규칙 제14조 각항에 따라 이용자의 요구가 있을 시 비급여 비용을 추가로 청구할 수 있다.

(비급여에 대한 사항은 장기요양급여 제공계약서에 명기함)

2) 비급여 대상 및 항목별 비용은 "비급여 대상 및 항목별 비용" 과 같다.

상기 자(이하 갑", 을" 이라 한다) 또는 대리인은 다음 계약 내용에 따라 장기요양 급여제공계약서를 작성하고 기명날인 후, 각 1통씩 보관한다.

3)비급여의 비용은 대상자와 보호자의 합의에 의해서 결정한다.

(2026년 통상 비급여 비용 \14,000원 ~ \15,000원)

4) 재가급여는 수급자가 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 하는데 도움을 주는 방법으로 제공하여야 하며, 수급자의 재가급여 월 한도액 범위 내에서 급여제공 계획을 수립하여 비용을 효과적인 방법으로 제공하여야 한다.

(2026년)

재가급여 월 한도액 (복지 용구 제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
'25년 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000
'26년 한도액	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900

1) 방문요양의 급여비용은 1회 방문당 급여제공 시간에 따라 산정한다.

※ 재가급여 비용은 이용금액 중 공단 지원보험료 85% 적용, 본인부담금 15% 적용

2) 1회 방문당 240분 이상 급여를 제공하더라도 급여비용은 범위 내에서 산정한다.

3) 1일 3회까지 산정할 수 있으며, 이 경우 방문 간격은 2시간 이상이어야 한다.

이 경우 급여제공기록지에 수급자등의 동의 내용과 요청사유를 기재하여야 한다.

방문 간격이 2시간 미만인 경우 각 급여제공 시간을 합산하여 1회로 산정한다.

4) 급여제공 중 일자의 변경이 있는 경우 급여를 개시한 날의 급여비용으로 산정하며,

다음날 급여비용 산정을 위한 방문 간격은 2시간 이상이어야 한다.

5) 1등급 또는 2등급 수급자에게는 월 8일에 한하여 270분이상, 3등급 또는 4등급 수급자에게는 월 4일에 한하여 210분 이상 연속하여 방문요양급여를 제공할 수 있다.