

- ▶ 월 이용료 및 그 밖의 비용 부담액은 아래 표와 같다.
(단, 노인장기요양보험법 개정법에 따라 매 해 변경 될 수 있다.)

■ 노인장기요양기관 (재가기관) 기본 수가 (월 한도액) ■

구 분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급 (인지지원등급)
월 한도액 본인부담(15%)	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900 (676,320)
본인부담금 내역	기초수급자			0% 부담	
	감경대상자			9% . 6% 부담	
	일반수급자			15% 부담	

※ 원거리교통비, 인지활동형 방문요양 요양보호사 가산, 프로그램 관리자 가산, 방문간호 간호(조무)사 가산, 주.야간보호 이동서비스 및 목욕서비스 제공가산, 급여비용 가산, 의사소견서 및 방문 간호지시서 발급비는 월 한도액에 포함하지 않음

■ 방문요양시 1회당 이용시간별 급여비용 ■

구분	금액(원)							
방문 요양	30분 이상	60분 이상	90분 이상	120분 이상	150분 이상	180분 이상	210분 이상	240분 이상
	17,450	25,320	34,120	43,430	50,640	57,020	63,530	70,080

■ 방문간호시 1회당 급여비용 ■

방문 간호	15분 이상~30분 미만	30분 이상~60분 미만	60분 이상
	42,880	53,770	64,690

■ 방문목욕시 1회당 급여비용 ■

방문 간호	차량 이용 시		방문목욕(차량 미이용)
	차량 내 목욕	가정 내 목욕	
	88,990	80,230	50,100