

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	10% or 20% 추가산정
월 한도액	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320	주 · 야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 1,2등급 월 한도액 10%범위 내 추가 산정 3,4,5등급 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
10%추가							
20%추가	2,764,190	2,564,320	1,833,840	1,691,640	1,450,680	-	

방문요양 급여비용 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	
급여비용	17,450	25,320	34,120	43,430	50,640	57,020	63,530	70,080	
본부금(15%)	2,610	3,790	5,110	6,510	7,590	8,550	9,520	10,510	

가족요양 60분

가족요양 90분

시간/일수	20일	30일	31일
급여비용	506,400	1,023,600	1,057,720
본부금(15%)	75,960	153,540	158,650

방문목욕 (방문당)

횟수	차량 내 1회	차량 내 2회	차량 내 3회	차량 내 4회
급여비용	88,990	177,980	266,970	355,960
본부금(15%)	13,340	26,690	40,040	53,390

주 · 야간보호 급여비용 (1일당)

시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상 13시간 이하	13시간초과
1등급	41,820	56,060	69,730	76,820	82,370
본부금(15%)	6,270	8,400	10,450	11,520	12,350
2등급	38,720	51,930	64,590	71,160	76,310
본부금(15%)	5,800	7,780	9,680	10,670	11,440
3등급	35,740	47,940	59,640	65,750	70,500
본부금(15%)	5,360	7,190	8,940	9,860	10,570
4등급	34,120	46,300	58,010	64,090	68,860
본부금(15%)	5,110	6,940	8,700	9,610	10,320
5등급	32,490	44,650	56,360	62,460	67,240
본부금(15%)	4,870	6,690	8,450	9,360	10,080
인지지원등급	32,490	44,650	56,360	56,360	56,360
본부금(15%)	4,870	6,690	8,450	8,450	8,450

주 · 야간보호 비급여비용 (1일당)

식대	간식비	합계
6,000	1,000	7,000

*주 · 야간보호 급여비용 가산

- 18시~22시 : 20% 가산
- 공휴일 : 30% 가산

의사소견서 / 방문간호지시서 발급비용(1회당)

	의사소견서	치매진단	방문간호지시서
의료기관	62,020	29,690	23,180
보건소/보건지소	60,570	27,230	6,260

방문간호 (방문당)

시간/일수	30분미만	30분이상	60분이상
급여비용	42,880	53,770	64,690
본부금(15%)	6,430	8,060	9,700