

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

※ 2025년 장기요양 수가 2024년 대비 3.93% 인상

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	20% 추가산정
월 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400	주·야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	2,767,680	2,500,080	1,782,840	1,644,720	1,412,400	-	

방문요양 급여비용 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	본인부담율	
급여비용	16,940	24,580	33,120	42,160	49,160	55,350	61,670	68,030	수급자유형	재가 / 시설
본부금(15%)	2,540	3,680	4,960	6,320	7,370	8,300	9,250	10,200	일반대상자	15% / 20%
본부금(9%)	1,520	2,210	2,980	3,790	4,420	4,980	5,550	6,120	40%감경	9% / 12%
본부금(6%)	1,010	1,470	1,980	2,520	2,940	3,320	3,700	4,080	60%감경	6% / 8%

가족요양60분(20일)

가족요양90분(31일)

방문목욕 (방문당)

분류	20일	30일	31일
급여비용	491,600	993,600	1,026,720
본부금(15%)	73,740	149,040	154,000
본부금(9%)	44,240	89,420	92,400
본부금(6%)	29,490	59,610	61,600

분류	목욕차(차량)	목욕차(가정)	차량 미이용
급여비용	86,480	77,970	48,690
본부금(15%)	12,970	11,690	7,300
본부금(9%)	7,780	7,010	4,380
본부금(6%)	5,180	4,670	2,920

기초생활

0%

*본인부담금=총급여비용 X 수급자유형

*본인부담율은 수급자 유형에 따라 다름

주·야간보호 급여비용 (1일당)

시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060
본부금(15%)	6,090	8,170	10,160	11,190	12,000
본부금(9%)	3,650	4,900	6,090	6,710	7,200
본부금(6%)	2,430	3,260	4,060	4,470	4,800
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170
본부금(15%)	5,640	7,570	9,410	10,370	11,120
본부금(9%)	3,380	4,540	5,650	6,220	6,670
본부금(6%)	2,250	3,020	3,760	4,140	4,450
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520
본부금(15%)	5,210	6,980	8,690	9,580	10,270
본부금(9%)	3,120	4,190	5,210	5,750	6,160
본부금(6%)	2,080	2,790	3,470	3,830	4,110
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930
본부금(15%)	4,970	6,750	8,450	9,340	10,030
본부금(9%)	2,980	4,050	5,070	5,600	6,020
본부금(6%)	1,980	2,700	3,380	3,730	4,010
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350
본부금(15%)	4,730	6,510	8,210	9,100	9,800
본부금(9%)	2,840	3,900	4,930	5,460	5,880
본부금(6%)	1,890	2,600	3,280	3,640	3,920
인지지원등급	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780
본부금(15%)	4,730	6,510	8,210	8,210	8,210
본부금(9%)	2,840	3,900	4,930	4,930	4,930
본부금(6%)	1,890	2,600	3,280	3,280	3,280

월 일수 →
변경 시 자동적용

월 일수 →
변경 시 자동적용

방문간호 급여비용 (방문당)

시간	30분미만	30분이상	60분이상
급여비용	41,710	52,310	62,930
본부금(15%)	6,250	7,840	9,430

의사소견서 / 방문간호지시서 발급비용(1회당)

	의사소견서	치매진단	방문간호지시서
의료기관	39,640	55,730	21,080
보건소/보건지소	24,800	44,820	5,610

주·야간보호/시설 비급여비용 (1일당)

식재료비	간식비		총비급여
5,000	1,000	0	6,000

시설급여 비용(1일당) - 노인요양시설

	31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	90,450	83,910	79,240	
월금액(30일)	2,803,950	2,601,210	2,456,440	
본부금(20%)	560,790	520,240	491,280	
본부금(12%)	336,470	312,140	294,770	
본부금(8%)	224,310	208,090	196,510	

시설급여 비용(1일당) - 공동생활가정

	30	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	72,480	67,250	62,000	
월금액(30일)	2,174,400	2,017,500	1,860,000	
본부금(20%)	434,880	403,500	372,000	
본부금(12%)	260,920	242,100	223,200	
본부금(8%)	173,950	161,400	148,800	

- 요양, 목욕, 간호, 주야간, 단기보호 총 급여비용을 합산하여 등 급별로 월 한도액 적용
- 월 한도액을 초과할 경우 초과금액은 전액 수급자 본인이 부담
- 요양, 간호, 주야간 : 야간 시간대, 일요일, 공휴일 이용 시 급여비용의 20%~50%의 가산 적용되어 본인부담금 증가