

2025년 방문요양 급여비용 및 본인부담금

등급별 월한도액 - 재가급여(복지용구제외)

※ 2025년 장기요양 수가 2024년 대비 방문요양 1.89% 인상

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	10% or 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 : 1,2등급 월 한도액 10%범위 내 추가 산정 3,4,5등급 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
10%추가	2,537,040	2,291,740	1,782,840	1,644,720	1,412,400	-	
20%추가							

방문요양 급여비용1 (방문당)

시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상
급여비용	16,940	24,580	33,120	42,160	49,160	55,350	61,670	68,030

방문요양 급여비용1 (방문당)

가족요양60분(20일) 가족요양90분(31일)

등급	급여비용	이용횟수	총급여비용	15%	9%	6%	분류	20일	30일	31일
60분이상	24,580	20	491,600	73,740	44,240	29,490	급여비용	491,600	993,600	1,026,720
90분이상	33,120	20	662,400	99,360	59,610	39,740	본부금(15%)	73,740	149,040	154,000
90분이상	33,120	31	1,026,720	154,000	92,400	61,600	방문목록 (방문당)			
120분이상	42,160	25	1,054,000	158,100	94,860	63,240	분류	목욕차(차량)목욕차(가정)	차량미이용	
150분이상	49,160	25	1,229,000	184,350	110,610	73,740	급여비용	86,480	77,970	48,690
180분이상	55,350	25	1,383,750	207,560	124,530	83,020	본부금(15%)	12,970	11,690	7,300
210분이상	61,670	25	1,541,750	231,260	138,750	92,500				
240분이상	68,030	25	1,700,750	255,110	153,060	102,040				

방문요양 급여비용2 (방문당)

분류	등급	급여비용	공휴일 50%+	일요일 30%+	월 이용시간			본인부담금		
					월한도	이용횟수	총급여비용	15%	9%	6%
1등급	120분이상	42,160	63,240	54,800	2,306,400	31	1,306,960	196,040	117,620	78,410
	150분이상	49,160	73,740	63,900	2,306,400	31	1,523,960	228,590	137,150	91,430
	180분이상	55,350	83,020	71,950	2,306,400	31	1,715,850	257,370	154,420	102,950
	210분이상	61,670	92,500	80,170	2,306,400	31	1,911,770	286,760	172,050	114,700
	240분이상	68,030	102,040	88,430	2,306,400	31	2,108,930	316,330	189,800	126,530
2등급	120분이상	42,160	63,240	54,800	2,083,400	31	1,306,960	196,040	117,620	78,410
	150분이상	49,160	73,740	63,900	2,083,400	31	1,523,960	228,590	137,150	91,430
	180분이상	55,350	83,020	71,950	2,083,400	31	1,715,850	257,370	154,420	102,950
	210분이상	61,670	92,500	80,170	2,083,400	31	1,911,770	286,760	172,050	114,700
	240분이상	68,030	102,040	88,430	2,083,400	30	2,040,900	306,130	183,680	122,450
3등급	120분이상	42,160	63,240	54,800	1,485,700	31	1,306,960	196,040	117,620	78,410
	150분이상	49,160	73,740	63,900	1,485,700	30	1,474,800	221,220	132,730	88,480
	180분이상	55,350	83,020	71,950	1,485,700	26	1,439,100	215,860	129,510	86,340
	210분이상	61,670	92,500	80,170	1,485,700	24	1,480,080	222,010	133,200	88,800
	240분이상	68,030	102,040	88,430	1,485,700	21	1,428,630	214,290	128,570	85,710
4등급	120분이상	42,160	63,240	54,800	1,370,600	31	1,306,960	196,040	117,620	78,410
	150분이상	49,160	73,740	63,900	1,370,600	27	1,327,320	199,090	119,450	79,630
	180분이상	55,350	83,020	71,950	1,370,600	24	1,328,400	199,260	119,550	79,700
	210분이상	61,670	92,500	80,170	1,370,600	22	1,356,740	203,510	122,100	81,400
	240분이상	68,030	102,040	88,430	1,370,600	20	1,360,600	204,090	122,450	81,630
5등급	90분이상	33,120	49,680	43,050	1,068,500	31	1,026,720	154,000	92,400	61,600
	120분이상	42,160	63,240	54,800	1,177,000	27	1,138,320	170,740	102,440	68,290
	150분이상	49,160	73,740	63,900	1,177,000	23	1,130,680	169,600	101,760	67,840
	180분이상	55,350	83,020	71,950	1,177,000	21	1,162,350	174,350	104,610	69,740

*방문요양 및 방문간호 급여비용 가산

○ 22시~06시 : 30% 가산 (인지활동형 방문요양급여 X)

○ 일요일 : 30% 가산

급여 수가 정보

참사랑종합재가센터

공단 급여 수가 (2025.01.01 ~ 2025.12.31)

단위 : 원 / 일

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원
3시간 미만	일반	32,520 원	30,100 원	27,790 원	26,530 원	25,260 원	25,260 원
	치매전담실		37,860 원	34,960 원	33,360 원	31,760 원	31,760 원
3시간 이상 ~ 6시간 미만	일반	40,650 원	37,630 원	34,740 원	33,160 원	31,580 원	31,580 원
	치매전담실		47,330 원	43,700 원	41,700 원	39,700 원	39,700 원
6시간 이상 ~ 8시간 미만	일반	54,490 원	50,470 원	46,590 원	45,000 원	43,400 원	43,400 원
	치매전담실		63,490 원	58,600 원	56,620 원	54,590 원	54,590 원
8시간 이상 ~ 10시간 미만	일반	67,770 원	62,780 원	57,960 원	56,380 원	54,780 원	54,780 원
	치매전담실		78,990 원	72,900 원	70,930 원	68,900 원	68,900 원
10시간 이상 ~ 13시간 이하	일반	74,660 원	69,160 원	63,900 원	62,290 원	60,710 원	54,780 원
	치매전담실		87,020 원	80,380 원	78,340 원	76,340 원	68,900 원
13시간 초과	일반	80,060 원	74,170 원	68,520 원	66,930 원	65,350 원	54,780 원
	치매전담실		93,280 원	86,210 원	84,190 원	82,190 원	68,900 원
가족휴가 12시간 미만	일반	35,990 원	33,320 원	30,780 원	29,970 원	29,150 원	29,150 원
	치매전담실	35,990 원	33,320 원	30,780 원	29,970 원	29,150 원	29,150 원
가족휴가 12시간 이상	일반	71,970 원	66,640 원	61,560 원	59,940 원	58,300 원	58,300 원
	치매전담실	71,970 원	66,640 원	61,560 원	59,940 원	58,300 원	58,300 원

본인 부담률

수급자격	일반	기초	감경(9 %)	감경(6 %)	의료(6 %)
본인부담률	15 %	0 %	9 %	6 %	6 %

급여 한도

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
급여한도	2,306,400 원	2,083,400 원	1,485,700 원	1,370,600 원	1,177,000 원	657,400 원

비급여 수가 (2025.01.01 ~ 2025.12.31)

단위 : 원 / 월

청구항목	금액	비고
① 식사재료비	점심 : 2,500 원 저녁 : 1,500 원	(1식) 기준 / 식사 기록건만 청구
② 이,미용비		(1개월) 기준으로 계산
③ 간식비	500 원	(1식) 제공 횟수 기준
④ 기타비	수급자 별로 계산	
등급외	수급자마다 등급외 별도 설정	
식사재료비 월한도액		월한도액(식사재료비 + 간식비)
비고		