

2025년 장기요양 급여비용 및 본인부담금 기준 이용료 안내(함께하는 주간보호센터)

1. 주야간 등급별 재가급여 월 한도액(원)

구 분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2024년 월 한도액	2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600	643,700
2025년 월 한도액	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400

20%+ 2,767,680 2,243,520 1,746,960 1,610,160 1,381,920

* 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 : 제13조

1. 주야간보호 급여를 월15일(1일 8시간 이상)이상 이용시 등급별 월 한도액 20%범위 내에서 추가산정
2. 인지지원등급 및 치매전담형 주야간보호 급여를 월9일(1일 8시간 이상)이상 이용시 한도액의30%범위 내에서 추가산정

2. 2025년 주야간보호 이용시간별 급여비용(일반15%)

구 분	3시간~6	6시간~8	8시간~10	10시간~12	13시간	1일 10시간 기준			20일 10시간		
	시간 미만	시간 미만	시간 미만	시간 미만	초과	본인 부담금	2식+간식 (비급여)	1일합계	공단부담금 (85%)	본인부담금 (15%)	본인부담금 +식비
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060	11,190	3,000	14,190	1,269,220	203,310	283,800
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170	10,370	3,000	13,370	1,175,720	188,340	267,400
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520	9,580	3,000	12,580	1,086,300	173,880	251,600
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930	9,340	3,000	12,340	1,058,930	169,140	246,800
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350	9,100	3,000	12,100	1,032,070	164,340	242,000
인지지원	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780	8,210	3,000	11,210	931,260	164,340	134,520

* 인지지원등급은 1일 8시간 이상 * 12일로 계산(한도액 기준)

3. 2025년 주야간보호 이용시간별 급여비용(경감9%)

구 분	3시간~6	6시간~8	8시간~10	10시간~12	12시간	1일 10시간 기준			20일 10시간		
	시간 미만	시간 미만	시간 미만	시간 미만	이상	본인 부담금	2식+간식 (비급여)	1일합계	공단부담금 (91%)	본인부담금 (9%)	본인부담금 +식비
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060	6,710	3,000	9,710	1,358,812	134,388	194,200
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170	6,220	3,000	9,220	1,258,712	124,488	184,400
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520	5,750	3,000	8,750	1,162,980	115,020	175,000
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930	5,600	3,000	8,600	1,133,678	112,122	172,000
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350	5,460	3,000	8,460	1,104,922	109,278	169,200
인지지원	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780	4,930	3,000	7,930	996,996	98,604	95,160

* 인지지원등급은 1일 8시간 이상 * 12일로 계산(한도액 기준)

4. 2025년 주야간보호 이용시간별 급여비용(경감6%)

구 분	3시간~6	6시간~8	8시간~10	10시간~12	12시간	1일 10시간 기준			20일 10시간		
	시간 미만	시간 미만	시간 미만	시간 미만	이상	본인 부담금	2식+간식 (비급여)	1일합계	공단부담금 (94%)	본인부담금 (6%)	본인부담금 +식비
1등급	40,650	54,490	67,770	74,660	80,060	4,470	3,000	7,470	1,403,608	89,592	149,400
2등급	37,630	50,470	62,780	69,160	74,170	4,140	3,000	7,140	1,300,208	82,992	142,800
3등급	34,740	46,590	57,960	63,900	68,520	3,830	3,000	6,830	1,201,320	76,680	136,600
4등급	33,160	45,000	56,380	62,290	66,930	3,730	3,000	6,730	1,171,052	74,748	134,600
5등급	31,580	43,400	54,780	60,710	65,350	3,640	3,000	6,640	1,141,348	72,852	132,800
인지지원	31,580	43,400	54,780	54,780	54,780	3,280	3,000	6,280	1,029,864	65,736	75,360

* 인지지원등급은 1일 8시간 이상 * 12일로 계산(한도액 기준)

5. 식대 비용

* 식대비(1회기준 1,250원) 일일 2회 제공 및 간식비(500원)1일 1회 제공은 비급여 항목입니다.