

## 급여 수가 정보

사랑채요양종합복지센터

공단 급여 수가 ( 2026.01.01 ~ 2026.12.31 )

단위 : 원 / 월

| 구분                |       | 1등급      | 2등급      | 3등급      | 4등급      | 5등급      | 인지지원     |
|-------------------|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 3시간 미만            | 일반    | 33,460 원 | 30,980 원 | 28,590 원 | 27,300 원 | 25,990 원 | 25,990 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 38,960 원 | 35,970 원 | 34,330 원 | 32,680 원 | 32,680 원 |
| 3시간 이상 ~ 6시간 미만   | 일반    | 41,820 원 | 38,720 원 | 35,740 원 | 34,120 원 | 32,490 원 | 32,490 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 48,700 원 | 44,960 원 | 42,910 원 | 40,850 원 | 40,850 원 |
| 6시간 이상 ~ 8시간 미만   | 일반    | 56,060 원 | 51,930 원 | 47,940 원 | 46,300 원 | 44,650 원 | 44,650 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 65,320 원 | 60,290 원 | 58,260 원 | 56,170 원 | 56,170 원 |
| 8시간 이상 ~ 10시간 미만  | 일반    | 69,730 원 | 64,590 원 | 59,640 원 | 58,010 원 | 56,360 원 | 56,360 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 81,270 원 | 75,010 원 | 72,980 원 | 70,890 원 | 70,890 원 |
| 10시간 이상 ~ 13시간 이하 | 일반    | 76,820 원 | 71,160 원 | 65,750 원 | 64,090 원 | 62,460 원 | 56,360 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 89,530 원 | 82,700 원 | 80,600 원 | 78,550 원 | 70,890 원 |
| 13시간 초과           | 일반    | 82,370 원 | 76,310 원 | 70,500 원 | 68,860 원 | 67,240 원 | 56,360 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 95,980 원 | 88,700 원 | 86,620 원 | 84,570 원 | 70,890 원 |
| 가족휴가 12시간미만       | 일반    | 37,030 원 | 34,290 원 | 31,680 원 | 30,840 원 | 30,000 원 | 30,000 원 |
|                   | 치매전담실 | 37,030 원 | 34,290 원 | 31,680 원 | 30,840 원 | 30,000 원 | 30,000 원 |
| 가족휴가 12시간이상       | 일반    | 74,060 원 | 68,580 원 | 63,350 원 | 61,680 원 | 60,000 원 | 60,000 원 |
|                   | 치매전담실 | 74,060 원 | 68,580 원 | 63,350 원 | 61,680 원 | 60,000 원 | 60,000 원 |

### 본인 부담률

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

### 급여 한도

단위 : 원 / 월

| 구분   | 1등급         | 2등급         | 3등급         | 4등급         | 5등급         | 인지지원등급    |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 급여한도 | 2,512,900 원 | 2,331,200 원 | 1,528,200 원 | 1,409,700 원 | 1,208,900 원 | 676,320 원 |

비급여 수가 ( 2026.01.01 ~ 2026.12.31 )

| 청구항목       | 금액                                           | 비고                   |
|------------|----------------------------------------------|----------------------|
| ① 식사재료비    | 아침 : 3,800 원<br>점심 : 3,800 원<br>저녁 : 3,800 원 | (1식) 기준 / 식사 기록건만 청구 |
| ② 이,미용비    |                                              | (1개월) 기준으로 계산        |
| ③ 간식비      | 1,000 원                                      | (1식) 제공 횟수 기준        |
| ④ 기타비      | 수급자 별로 계산                                    |                      |
| 등급외        | 수급자마다 등급외 별도 설정                              |                      |
| 식사재료비 월한도액 |                                              | 월한도액(식사재료비 + 간식비)    |
| 비고         |                                              |                      |