

장기요양급여제공 수가변경 계약서 [방문요양]

이용자 (갑)	성 명		등 급	
	주민등록번호		연락처	
	주 소			
	기 타	☐ 일반(15%) ☐ 경감대상자(9%) ☐ 경감대상자(6%) ☐ 국민기초생활 수급권자 ☐ 기타의료급여 수급권자		
제공자 (을)	시설명	실버요양복지센터	시설종류	방문요양 , 방문목욕
	대표자	이 영 자 (인)	연락처	051) 722-7578
	주 소	부산광역시 기장군 철마면 고촌로 11, 고촌센트럴아파트 상가 102호		
대리인 또는 보호자 (병)	성 명		관 계	
	연락처			
	주 소			

아래와 같은 사유로 인하여 계약상의 내용이 변경되어 변경 계약서를 작성합니다.

<변경사유>

2025년도 노인장기요양급여비용이 2025년 1월 1일부로 아래와 같이 인상되었습니다.

<변경내용>

◇ 세부내역: 본인부담 산정은 본인부담율 15% 기준입니다. (단위:원)

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

수가 & 본인부담	급여제공시간		30분	60분	90분	120분	150분	180분	210분	240분
	2024년	수가	16,630	24,120	32,510	41,380	48,250	54,320	60,530	66,770
		본인부담	2,495	3,618	4,877	6,207	7,238	8,148	9,080	10,016
	2025년	수가	16,940	24,580	33,120	42,160	49,160	55,350	61,670	68,030
		본인부담	2,541	3,687	4,968	6,324	7,374	8,303	9,251	10,205

상기사항을 2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지 계약기간으로 적용하며,
이에 이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 변경계약에 대하여 동의합니다.

2024 년 12 월 일

이용자(보호자) _____ (인)

제공자 실버요양복지센터 (인)

