

월 이용료 및 그 밖의 비용 부담액에 관한 사항

1. 비급여대상 항목별 비용 외 모든 비급여 비용은 수급자 부담을 원칙으로 한다.
2. 월 한도액 초과에 따른 비용은 수급자가 100% 부담한다.
3. 월 한도액 및 본인부담금은 연도별 보건복지부 고시에 의한 ‘노인장기요양보험 급여수가 안내’에 의한다.
4. 센터는 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월초에 정산하여 이용자에게 별지24호 서식의 장기요양급여비용명세서를 문자 등으로 전송한다.
5. 이용자는 매월 이용료를 청구월 말일까지 센터에 납부한다.
6. 비용의 부담금은 센터에서 지정한 계좌로 이체하는 것을 원칙으로 하되 부득이 한 경우 직접 센터장이나 사회복지사를 통해서 현금으로 납부 할 수도 있다.

2026년 장기요양급여비용 추가표

03

장기요양급여비용 및 본인부담금을 확인하세요

재가급여

월 한도액

- 장기요양등급별로 한 달(매월 1일부터 말일까지) 동안 재가급여를 이용할 수 있는 한도 금액으로 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호를 이용하는 경우 적용됩니다.
※ 복지용구, 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용은 월 한도액에 포함되지 않음
- 월 한도액을 초과하여 장기요양급여를 이용할 경우 초과금액은 전액 수급자 본인이 부담합니다.

(2026. 1. 1. 기준)

등급	월 한도액(원)	본인부담금			
		일반대상자	40%감경대상자	60%감경대상자 기타의료급여 수급권자	「국민기초생활보장법」에 따른 의료급여 수급자
1등급	2,512,900	376,930	226,160	150,770	면제
2등급	2,331,200	349,680	209,800	139,870	
3등급	1,528,200	229,230	137,530	91,690	
4등급	1,409,700	211,450	126,870	84,580	
5등급	1,208,900	181,330	108,800	72,530	
인지지원등급	676,320	101,440	60,860	40,570	

※ 하단의 재가급여 본인부담금은 1회(또는 1일) 이용 시 금액으로, 실제 본인부담금은 월별 이용금액을 합산한 후 본인부담 비율에 따라 정산되어 여러 금액과 차이가 발생할 수 있습니다.

1. 방문요양 급여비용(방문당)

(2026. 1. 1. 기준)

급여제공시간 [※]	금액 (원)	본인부담금		
		일반대상자	40% 감경대상자	60%감경대상자 기타의료급여 수급권자
30분 이상	17,450	2,610	1,570	1,040
60분 이상	25,320	3,790	2,270	1,510
90분 이상	34,120	5,110	3,070	2,040
120분 이상	43,430	6,510	3,900	2,600
150분 이상	50,640	7,590	4,550	3,030
180분 이상	57,020	8,550	5,130	3,420
210분 이상	63,530	9,520	5,710	3,810
240분 이상	70,080	10,510	6,300	4,200

※ 치매가 있는 1~5등급 수급자가 인지활동형 방문요양 이용 시 120분 이상~180분 이하 이용가능
※ '30분 이상'~'180분 이상' 급여비용은 1일 3회까지, '210분 이상'~'240분 이상' 급여비용은 1~2등급에 한해 1일 1회 이용 가능
※ 22시 이후 06시 이전, 일요일, 유급휴일, 근로자의 날에 이용한 경우에는 급여비용 증가(18쪽 참조)

4. 주·야간보호 급여비용(1일당)

(2026. 1. 1. 기준)

급여제공시간	등급	금액 (원)	본인부담금		
			일반대상자	40%감경대상자	60%감경대상자 기타의료급여 수급권자
3시간 이상 ~ 6시간 미만	1등급	41,820	6,270	3,760	2,500
	2등급	38,720	5,800	3,480	2,320
	3등급	35,740	5,360	3,210	2,140
	4등급	34,120	5,110	3,070	2,040
	5등급	32,490	4,870	2,920	1,940
	연지지원등급	32,490	4,870	2,920	1,940
6시간 이상 ~ 8시간 미만	1등급	56,060	8,400	5,040	3,360
	2등급	51,930	7,780	4,670	3,110
	3등급	47,940	7,190	4,310	2,870
	4등급	46,300	6,940	4,160	2,770
	5등급	44,650	6,690	4,010	2,670
	연지지원등급	44,650	6,690	4,010	2,670
8시간 이상 ~ 10시간 미만	1등급	69,730	10,450	6,270	4,180
	2등급	64,590	9,680	5,810	3,870
	3등급	59,640	8,940	5,360	3,570
	4등급	58,010	8,700	5,220	3,480
	5등급	56,360	8,450	5,070	3,380
	연지지원등급	56,360	8,450	5,070	3,380
10시간 이상 ~ 13시간 이하	1등급	76,820	11,520	6,910	4,600
	2등급	71,160	10,670	6,400	4,260
	3등급	65,750	9,860	5,910	3,940
	4등급	64,090	9,610	5,760	3,840
	5등급	62,460	9,360	5,620	3,740
	연지지원등급	56,360	8,450	5,070	3,380
13시간 초과	1등급	82,370	12,350	7,410	4,940
	2등급	76,310	11,440	6,860	4,570
	3등급	70,500	10,570	6,340	4,230
	4등급	68,860	10,320	6,190	4,130
	5등급	67,240	10,080	6,050	4,030
	연지지원등급	56,360	8,450	5,070	3,380

※ 비급여대상은 급여비용에서 제외되므로 수급자 본인에 전액 부담

※ 18시 이후 22시 이전, 공휴일에 이용한 경우에는 급여비용 증가(18쪽 참조)

※ 주·야간보호를 3시간 미만 이용 시 '3시간 이상-6시간 미만'의 80%를 적용

※ 월 급여 이용 총 수급자 본인의 사정으로 이용하지 아니한 날(미이용일)은 최대 월 5일의 범위 안에서 급여비용의 50%가 산정되며 이에 따른 본인부담금 발생

● 주·야간보호 이용에 따른 월 한도액 추가 산정

- 주·야간보호를 월 15일 이상(1일 8시간 이상) 이용한 경우 1·2등급은 10%, 3~5등급은 20% 범위 내에서 월 한도액을 초과하여 재가급여를 추가 이용할 수 있습니다. 단, 가족인 요양보호사로부터 방문요양급여를 제공 받은 월에는 월 한도액을 추가 산정하지 않으며 월 한도액 범위(100%) 내에서만 이용할 수 있습니다.

※ 월 15일 이상(1일 8시간 이상) 이용하지 못하여 발생한 월 한도 초과금액은 수급자가 전액 부담

5. 주·야간보호 내 치매전담실 급여비용(1일당)

(2026. 1. 1. 기준)

급여제공시간	등급	금액 (원)	본인부담금		
			일반대상자	40%감경대상자	60%감경대상자 기타의료급여 수급권자
3시간 이상 ~ 6시간 미만	2등급	48,700	7,300	4,380	2,920
	3등급	44,960	6,740	4,040	2,690
	4등급	42,910	6,430	3,860	2,570
	5등급	40,850	6,120	3,670	2,450
	인지지원등급	40,850	6,120	3,670	2,450
6시간 이상 ~ 8시간 미만	2등급	65,320	9,790	5,870	3,910
	3등급	60,290	9,040	5,420	3,610
	4등급	58,260	8,730	5,240	3,490
	5등급	56,170	8,420	5,050	3,370
	인지지원등급	56,170	8,420	5,050	3,370
8시간 이상 ~ 10시간 미만	2등급	81,270	12,190	7,310	4,870
	3등급	75,010	11,250	6,750	4,500
	4등급	72,980	10,940	6,560	4,370
	5등급	70,890	10,630	6,380	4,250
	인지지원등급	70,890	10,630	6,380	4,250
10시간 이상 ~ 13시간 이하	2등급	89,530	13,420	8,050	5,370
	3등급	82,700	12,400	7,440	4,960
	4등급	80,600	12,090	7,250	4,830
	5등급	78,550	11,780	7,060	4,710
	인지지원등급	70,890	10,630	6,380	4,250
13시간 초과	2등급	95,980	14,390	8,630	5,750
	3등급	88,700	13,300	7,980	5,320
	4등급	86,620	12,990	7,790	5,190
	5등급	84,570	12,680	7,610	5,070
	인지지원등급	70,890	10,630	6,380	4,250

※ 비급여대상은 급여비용에서 제외되므로 수급자 본인이 전액 부담

※ 18시 이후 22시 이전, 공휴일에 이용한 경우에는 급여비용 증가(18쪽 참조)

● 주·야간보호 내 치매전담실 이용에 따른 월 한도액 추가 산정

- 2등급-5등급 : 월 15일 이상(1일 8시간 이상) 이용한 경우 월 한도액을 초과하여(50% 범위 내에서) 재가급여를 추가 이용할 수 있습니다.
- 인지지원등급 : 월 9일 이상(1일 8시간 이상) 이용한 경우 월 한도액을 초과하여(30% 범위 내에서) 추가로 이용할 수 있습니다.

※ 주·야간보호 내 치매전담실을 월 15일 이상(1일 8시간 이상), 인지지원등급 수급자는 월 9일 이상(1일 8시간 이상) 이용하지 못하여 발생한 월 한도 초과금액은 수급자가 전액 부담

6. 단기보호 급여비용(1일당)

(2026. 1. 1. 기준)

등급	금액 (원)	본인부담금		
		일반대상자	40% 감경대상자	60%감경대상자 기타의료급여 수급권자
1등급	74,060	11,100	6,660	4,440
2등급	68,580	10,280	6,170	4,110
3등급	63,350	9,500	5,700	3,800
4등급	61,680	9,250	5,550	3,700
5등급	60,000	9,000	5,400	3,600

※ 비급여대상은 급여비용에서 제외되므로 수급자 본인이 전액 부담

※ 단기보호는 월 9일 이내 이용가능(1년에 4회에 한하여 1회 9일 이내 범위에서 월 한도액과 관계없이 연장하여 이용 가능)

기타재가급여(복지용구)

연 한도액(본인부담금+공단부담금)

- 복지용구는 수급자 1인당 연간 160만원 한도 내에서 이용할 수 있으며, 연 한도액 적용기간은 수급자의 최초 장기요양 인정유효기간 개시일로부터 매 1년입니다. 연 한도액(160만원)을 초과하여 이용한 금액은 수급자 본인이 전액 부담하여야 합니다.
- 등급변경으로 인정유효기간이 연장되는 경우에도 연 한도액은 최초 인정유효기간 개시일로부터 1년간 연속적으로 적용됩니다

