

보호자 계약 이용시 공지사항

1. 광명노인주간보호센터는 주6일 운영하고 일요일과 공휴일은 쉽니다.
2. 계약시 필요한 서류
 - 장기요양인정서, 표준장기요양이용계약서 사본, 주민등록등본, 건강검진진단서(전염성 질환여부 등재), 의사소견서
3. 입소시 준비물
 - 실내화, 복용약, 처방전, 여벌옷, 양치컵과 칫솔, 패드(착용자에 한함) 등 입니다.
4. 주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준 **(2023.01.01)**
 - 주야간보호 이용시간별 급여비용(원)

본인부담금 15%(일반대상자 기준)

구 분		1등급	2등급	3등급 (본인부담금)	4등급 (본인부담금)	5등급 (본인부담금)	인지지원 등급
1 일 당 수 가	3시간 이상 ~ 6시간 미만	38,630 (5,795)	35,760 (5,364)	33,010 (4,952)	31,510 (4,727)	30,000 (4,500)	30,000 (4,500)
	6시간 이상 ~ 8시간 미만	51,780 (7,767)	47,960 (7,194)	44,270 (6,641)	42,770 (6,416)	41,240 (6,186)	41,240 (6,186)
	8시간 이상 ~ 10시간 미만	64,400 (9,660)	59,660 (8,949)	55,080 (8,262)	53,580 (8,037)	52,050 (7,808)	52,050 (7,808)
	10시간 이상 ~ 13시간 이하	70,950 (10,643)	65,720 (9,858)	60,720 (9,108)	59,190 (8,879)	57,690 (8,654)	
	13시간 초과	76,080 (11,412)	70,480 (10,572)	65,110 (9,767)	63,600 (9,540)	62,100 (9,315)	

※ 일요일 및 공휴일 본인부담금은 30%할증된 금액으로 적용됩니다.

- 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
1,885,000	1,690,000	1,417,200	1,306,200	1,121,100	624,600

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장:보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

- 수급자 자격별 급여비용 본인부담 비율

구 분		재가급여
급 여	일반	15%
	기초수급권자	0%
	기타 의료수급권자	9%(40% 경감대상자) 6%(60% 경감대상자)
	차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자)	
	저소득층(본인부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	
비급여	식대 1회	3,500
	간식비 1회	1,000원

5. 본인부담금은 아래 계좌로 전월 1일부터 말일까지 이용한 금액을 다음달(익월) 25일까지 통장으로 입금해 주시면 됩니다.

계좌번호: 농협 / 351-1081-1117-63 / 광명노인주간보호센터

경기도 광명시 소하로 88. 청학프라자 703호

TEL 02-897-8830 / FAX 02-897-8820

광명노인주간보호센터