

2024년 등급별 센터이용 월 한도액 및 본인부담금 안내

주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준 (2024.01.01)

○ 주야간보호 이용시간별 급여비용(원)

본인부담금 15%(일반대상자 기준)

구 분		1등급 (본인부담금)	2등급 (본인부담금)	3등급 (본인부담금)	4등급 (본인부담금)	5등급 (본인부담금)	인지지원 등급
1 일 당 수 가	3시간 이상 ~ 6시간 미만	39,810 (5,972)	36,850 (5,528)	34,020 (5,103)	32,470 (4,871)	30,920 (4,638)	30,920 (4,638)
	6시간 이상 ~ 8시간 미만	53,360 (8,004)	49,420 (7,413)	45,620 (6,843)	44,070 (6,611)	42,500 (6,375)	42,500 (6,375)
	8시간 이상 ~ 10시간 미만	66,360 (9,954)	61,480 (9,222)	56,760 (8,514)	55,210 (8,282)	53,640 (8,046)	53,640 (8,046)
	10시간 이상 ~ 13시간 이하	73,110 (10,967)	67,720 (10,158)	62,570 (9,386)	61,000 (9,150)	59,450 (8,918)	
	13시간 초과	78,400 (11,760)	72,630 (10,895)	67,100 (10,065)	65,540 (9,831)	63,990 (9,599)	

※ 일요일 및 공휴일 본인부담금은 30%할증된 금액으로 적용됩니다.

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600	643,700

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

○ 수급자 자격별 급여비용 본인부담 비율

구 분		재가급여
급 여	일반	15%
	기초수급권자	0%
	기타 의료수급권자	
	차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자)	9%(40% 경감대상자)
	저소득층(본인부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	6%(60% 경감대상자)
비 급 여	식대 1회	3,700
	간식비 1회	1,000원

※ 본인부담금은 아래 계좌로 전월 1일부터 말일까지 이용한 금액을 다음달(익월) 25일까지 어르신 성함으로 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