

2025년 등급별 센터이용 월 한도액 및 본인부담금 안내

주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준 (2025.01.01)

○ 주야간보호 이용시간별 급여비용(원)

본인부담금 15%(일반대상자 기준)

구 분		1 (본인부담금)	2등급 (본인부담금)	3등급 (본인부담금)	4등급 (본인부담금)	5등급 (본인부담금)	인지지원등급 (본인부담금)
1 일 당 수 가	3시간 이상 ~ 6시간 미만	40,650 (6,098)	37,630 (5,645)	34,740 (5,211)	33,160 (4,974)	31,580 (4,737)	31,580 (4,737)
	6시간 이상 ~ 8시간 미만	54,490 (8,174)	50,470 (7,571)	46,590 (6,989)	45,000 (6,750)	43,400 (6,510)	43,400 (6,510)
	8시간 이상 ~ 10시간 미만	67,770 (10,166)	62,780 (9,417)	57,960 (8,694)	56,380 (8,457)	54,780 (8,271)	54,780 (8,271)
	10시간 이상 ~ 13시간 이하	74,660 (11,199)	69,160 (10,374)	63,900 (9,585)	62,290 (9,344)	60,710 (9,107)	
	13시간 초과	80,060 (12,009)	74,170 (11,126)	68,520 (10,278)	66,930 (10,040)	65,350 (9,803)	

※ 일요일 및 공휴일 본인부담금은 30%할증된 금액으로 적용됩니다.

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400

○ 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	4,000
	간식비 1회	1,000원

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

2. 2025년 식대비가 4,000원으로 인상됩니다.

※ 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