

依據：臺南市政府 107 年 7 月 31 日府衛醫字第 1070835122 號書函。

自費收費項目	收費標準（單位：新台幣）		
本市視力檢查與驗光相關 自費項目收費標準	編號	名稱	上限收費
	1	4 歲以下視力檢查-語前幼兒視力檢查(PL)	520 元
	2	驗光費(不點藥,電腦驗光)	250 元
	3	驗光費(點藥,睫狀肌麻痺劑,幼兒電腦驗光測定)	300 元
	4	鏡片處方費(單焦)	275 元
	5	鏡片處方費(複雜亂視,多焦,稜鏡膜眼鏡)	550 元
	6	進階驗光(如角膜地形儀檢查)	800 元