

令和6年度 横浜市健康福祉局会計年度任用職員（日額職）

募集案内（医療援助課事務補助業務：小児医療費助成事業）

【令和6年4月1日採用】受付期間（必着）

令和6年1月31日（水）から令和6年2月9日（金）まで

横浜市健康福祉局医療援助課

1 募集職種、採用予定人数

| | |
|--------|----------------------------|
| 採用職種 | 健康福祉局会計年度任用職員（医療援助課事務補助業務） |
| 採用予定人数 | 1名 |

※勤務条件等については、「5 勤務条件等」を確認してください。

2 主な業務内容

次の事業の事務補助業務

- (1) 市単3医療費助成事業※（通年）
- (2) 医療援助課関連事務補助業務
- (3) その他、所属長が必要と認める業務

※ 大規模災害時の災害対応業務を含む（基本的に補助的な業務で時間内のみ）

※ 市単3医療費助成事業とは・・・小児医療費助成を含む重度障害者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成の3つの医療費助成

3 受験資格

パソコンの基本操作（エクセル・ワードなどの入力、端末操作等）、市民対応（電話対応含む）ができること

※ 地方公務員法第16条の欠格事由に該当する場合は採用することができません。

欠格事由の内容については、会計年度任用職員申込書（第1号様式）を確認してください。

4 任用期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

※ 地方公務員法が適用されるため、条件付きでの採用となり、採用後の1月間の勤務日数が15日を満たさない場合は条件付き採用期間が延長される場合があります。

5 勤務条件等

| | |
|---------|--|
| 勤務日 | 月・水・金曜日 (火・木・土日祝日及び年末年始休庁期間を除く) |
| 勤務場所 | 健康福祉局医療援助課 |
| 勤務時間 | 午前8時45分から午後5時15分まで (休憩：正午から午後1時00分まで) |
| 休暇 | 横浜市会計年度任用職員の勤務時間、 休暇等に関する規則のとおり |
| 報酬額 | 日額 9,150円 (時給1,220円×7.5時間勤務) |
| 期末・勤勉手当 | あり |
| 通勤手当相当分 | あり |
| 社会保険 | 雇用保険、厚生年金保険及び健康保険に加入 |
| 健康診断 | 令和6年3月19日(火)午後 |

※その他勤務条件等は横浜市会計年度任用職員の給与及び費用弁償に関する条例等の関連規定に基づきます。

※令和6年1月時点での予定です。法令の改正等により変更となる場合があります。変更となる場合は最終合格者に対しお知らせします。

6 選考方法、日程、及び結果通知

| 選考方法 | | 日程等 | 結果通知 |
|-------|------|--|--|
| 第1次選考 | 書類選考 | 申込書類による選考 令和6年1月31日(水)から令和6年 2月9日(金)まで(必着) | 第1次選考受験者全員に対し、郵 送により結果を通知します。 また、合格者へ第2次選考の日時 及び場所を通知します。 |
| 第2次選考 | 面接 | 面接による選考 令和6年2月26日(月) | 第2次選考受験者全員に対し、郵 送により結果を通知します。 |

※電話やメール等による可否の問い合わせに関しては一切応じません。

※第2次選考を受験しなかった場合は辞退とみなし、結果の通知も行いません。

7 申込書類の提出について

- (1) 申込書類として、会計年度任用職員申込書(第1号様式)及び作文(選考用)を提出してください。
- (2) 会計年度任用職員申込書(第1号様式)の作成は直筆でもパソコン入力でも可能ですが、作文は直筆で記載してください。直筆の場合は黒ボールペンを使用してください。また、指定の様式以外は使用しないでください。
- (3) 訂正については誤りを二重線で消し、正しい内容を記入してください。訂正印は不要です。
- (4) 会計年度任用職員申込書(第1号様式)上部の「整理番号」及び下部の「備考」には何も記入しないでください。
- (5) 証明用写真を右上に貼ってください(縦4cm×横3cm、カラー、3か月以内に撮影、正面
向、無帽、スナップ写真は不可)。
- (6) 連絡先の電話番号は平日の日中に連絡が取れるものを記入してください。
- (7) 「学歴・職歴」欄は中学校卒業以降の経歴を記入してください。中退についても記入してください。また、職歴は現在就業中のものから直近の5つまで記入してください。
なお、行政機関での勤務経験がある場合は直近以外のものでも記入してください。
- (8) 「志望動機」は次の内容について、必ず記載をお願いします。
 - ・当該業務の興味関心があることについて
(時事等の当該分野に関することであればどんな内容でも可)
 - ・これまでの経験から学業や仕事で意識して取り組んだことについて
- (9) 「欠格事由に関する申告」については、該当しない場合にレ印を記入してください。
なお、欠格事由に該当する場合は採用することができません。

- (10) 作文は 300 文字以内で次の内容について、記載してください。
「あなたが小児医療費助成制度について考えること」
- (11) 申込書類は簡易書留郵便にて提出してください（「会計年度任用職員申込書（小児医療費助成事業）在中」と封筒表面に記載してください）。
持参の場合は、2月9日（金）17時までに下記担当者あてに直接ご提出ください。
それ以外の方法（メール送付など）での提出は受け付けることが出来ません。
なお、送付先は本募集案内の問い合わせ先となります。

8 採用

最終合格者は原則として、令和6年4月1日付で採用します。なお、令和6年4月1日までに採用にふさわしくない非違行為等があった場合には採用できません。申込書類等に虚偽の記載があった場合も同様です。

採用前に雇入時健康診断を受診していただきます。詳細については最終合格者に対しお知らせします。

9 その他

- (1) 本選考において提出された書類は一切返却しません。また、応募書類以外のものは提出しないでください。
- (2) 本選考に際して市が収集する個人情報は、採用選考及び採用に関する事務以外の目的への使用はしません。ただし、採用者の個人情報は、人事情報として使用します。
- (3) 選考会場までの交通費は、自己負担とします。
- (4) この募集は、令和6年度予算が横浜市議会において議決されることを停止条件とする案件です。予算の議決がなされない時は、選考に合格していても採用されないことがあります。

【問い合わせ先（申込書類送付先）】

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10

横浜市健康福祉局医療援助課福祉医療係

川田

TEL 045-671-4115

FAX 045-664-0403

Mail kf-iryoenjo@city.yokohama.jp