横浜市こども青少年局　会計年度任用職員（障害児福祉保健課事務補助）　募集案内

１　職務内容

こども青少年局障害児福祉保健課における、主に障害児支援にかかる事務補助

(1)　医療的ケア児の支援事業における事務手続きに関する事務補助（書類の収受、内容確認、文書作成、電話対応等）

(2)　パソコン（専用システム・ワード・エクセル等）を使用した入力作業、資料作成

(3)　課の業務に係る事務補助（データ入力、書類整理、ファイリング、郵便物発送、仕分等）

(4)　その他こども青少年局障害児福祉保健課長が命じる業務

※その他、大規模災害発生時における災害対応業務（基本的に補助的な業務で、勤務時間内のみ）

２　応募資格

パソコン（ワード・エクセル等）の操作ができること

３　募集人数

１名

４　勤務条件及び報酬

(1)　任用期間

令和８年７月１日～令和９年３月３１日

(2)　勤務時間

午前８時 45 分から午後５時 15 分まで（休憩時間　原則 12 時から 13 時）

(3)　勤務日

日曜日、土曜日、祝日、年末年始及びあらかじめ所属長の指定する１日を除く週４日

(4)　勤務場所

市庁舎 13 階　こども青少年局障害児福祉保健課（横浜市中区本町６－50－10）

(5)　給与

日額　10,980 円（任用期間中に報酬が変更となる可能性があります。）

期末・勤勉手当、通勤費用（実費相当額）を別途支給

(6)　休暇等

年次有給休暇、夏季休暇等

(7)　社会保険

横浜市職員共済組合、雇用保険、厚生年金保険に加入

※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。

裏面あり

５　応募方法

(1)　書類提出期限（郵送または持参にてお申込みください）

令和８年６月３日（水）（必着）

申込期間　令和８年５月 28 日（木）～令和８年６月３日（水）

申込受付　下記９の問合せ先まで応募書類を郵送または持参してください。

＜宛先＞

横浜市こども青少年局障害児福祉保健課　会計年度任用職員採用担当　あて

※郵送の場合は封筒に「会計年度任用職員申込書在中」と記載してください。

※持参の場合の受付は、月～金曜日（祝日を除く）の９時 00 分～17 時 00 分（12 時から 13 時を除く）

(2)　提出書類

ア　会計年度任用職員申込書（第１号様式）

イ　横浜市こども青少年局　会計年度任用職員（障害児福祉保健課事務）申込書[別紙]

ウ　返信用封筒（長形３号、12cm×23.5cm）

選考結果の通知に使用します。宛名面に応募者ご自身の郵便番号、住所、氏名を記入し、110 円切手を貼付してください。

※ア、イについては指定の書式をご用意しています。横浜市ホームページからダウンロードして下さい。

※送付いただいた個人情報は採用選考でのみ使用します。

※申込書類は返却しません。

６　選考日程

(1)　選考方法

第一次選考として書類選考、第二次選考として面接を行います。

(2)　面接日（予定）

令和８年６月 15 日（月）

場所　横浜市役所　会議室

第一次選考結果については、令和８年６月 19 日（金）以降、文書で通知します。

７　採用内定連絡

第二次選考結果については、令和８年６月中旬以降、文書で通知します。

８　健康診断

採用内定者には、採用後に健康診断を受診していただきます。（予定）

９　問合せ先

〒231-0005
横浜市中区本町６－50－10　13 階
横浜市こども青少年局障害児福祉保健課
担当：住吉、高橋
電話：６７１―４２７９