

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) 障害児通所支援事業及び障害児相談支援に関する審査事務補助（電話対応、事業所対応（電話・メール・郵送等）、文書作成、書類の收受等）
- (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（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10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、年末年始を除く週5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。

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9月3日（木）（必着）

申込期間 令和8年8月24日（月）～令和8年9月3日（木）

申込受付 下記8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9月11日（金）

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9月8日（火）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9月下旬以降、文書で通知します。

(1) 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）

8 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