

神奈川県高年齢・障害支援課 令和8年6月1日採用 会計年度任用職員(要介護認定調査員)募集要項

1 職務内容・応募要件

職 種	要介護認定調査員
採用人員	1名
職務内容	1 介護保険法に定める要介護認定を実施するための訪問調査 2 1に付随する書類作成、点検業務等 3 所属長が必要と認める職務 4 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)
応募資格	次の全てに該当すること 1 横浜市やその他地方自治体等で要介護認定調査を行った経験があること、又は介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格程度の知識と経験を有していること(介護支援専門員資格の有無は問いません。) 2 ワード、エクセル等のソフトを使ったパソコン操作ができること 3 電話対応ができること 4 個人情報の保護に関する法律を遵守して業務を遂行できること 5 地方公務員法第16条等に定める採用に関する欠格事由に該当しないこと (1) 拘禁以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 (2) 横浜市職員として懲戒免職の処分を受け当該処分の日から2年を経過しない者 (3) 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法第5章に規定する罪を犯し刑に処せられた者 (4) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 (5) 民法の一部を改正する法律(平成11年法律第149号)附則第3条第3項の規定により、従前の例によることとされる者

2 勤務条件

雇用期間	令和8年6月1日～令和9年3月31日 上記期間満了後に同一の職務内容の職が設定される場合で、かつ能力実証の結果が良好である場合は、公募によらず再度任用される可能性があります。(最大4回)
勤務日	週4日勤務 (月曜日～金曜日のうち所属長が指定した1日、土曜日・日曜日・国民の祝日、年末年始を除く)
勤務時間	午前8時45分～午後5時15分(休憩時間1時間)
勤務場所	神奈川県高年齢・障害支援課 神奈川県高年齢・障害支援課 神奈川区広台太田町3-8 神奈川区役所高年齢・障害支援課

給 与	月額 239,500 円 ※ 任用期間中に制度改正等により金額は変更になる可能性があります。
	期末手当、勤勉手当、通勤費用(実費相当額)を別途支給
身 分	地方公務員法第 22 条の 2 に基づく会計年度任用職員
休 暇	年次休暇、夏季休暇 等
社会保険	健康保険、厚生年金保険、雇用保険に加入
福利厚生	横浜市職員厚生会(任意加入)
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。

3 応募方法

提出書類	1 会計年度任用職員申込書【第1号様式】 ・所定の様式を使用して提出してください。 ・様式はホームページからダウンロード、または、神奈川区高齢・障害支援課窓口でお渡します。 2 会計年度任用職員申込書別紙(作文)【所定の様式を使用すること】 3 返信用封筒 1部 ・定形郵便サイズ(長形 3 号)の封筒に 110 円切手を貼付してください。 ・宛先に 自身の郵便番号・住所・氏名 を記入してください。 4 応募資格を証明する書類 ・国家資格等の証明書、介護支援専門員実務研修受講試験の受験票、実務経験年数を証明する書類等 ＊A4判サイズにコピーしてください
	※提出された書類はお返ししません。応募書類以外のものは提出しないでください。 ※提出していただいた個人情報、選考及び採用に関する事務以外の目的での使用は、一切いたしません。
応募締切	令和 8 年 4 月 23 日(木)【必着】 ※窓口へ持参の場合は同日午後 5 時まで提出
提出先	〒221-0824 横浜市神奈川区広台太田町3-8 神奈川区役所高齢・障害支援課 介護保険担当 (別館 3 階 301 番窓口)
	※封筒の表に『応募書類在中』と朱書きしてください。 ※郵送事故防止のため、必ず簡易書留郵便扱いで郵送してください。 ※窓口へ持参の場合は、開庁時間内(平日 8 時 45 分～17 時)に提出してください。

4 選考方法

一次選考(提出書類選考)	
令和 8 年 5 月 1 日頃、結果通知を発送します。 ※書類に不足ある場合は、選考結果通知を発送しません。	
二次選考(一次選考通過者のみ)	
日 時	令和 8 年 5 月 11 日 (月) ※二次試験の詳細な時間・場所については、一次選考の合格者に通知します。
会 場	神奈川区役所内
選考方法	面接
持ち物	一次選考結果通知
最終合否決定及び採用・不採用通知	
令和 8 年 5 月 17 日頃、結果通知を発送します。	

【問い合わせ先】

神奈川区役所高齢・障害支援課 介護保険担当
中野
電話 045-411-7019
FAX 045-324-3702