

令和4年度 横浜市健康福祉局会計年度任用職員

(医療援助課事務補助業務) 募集案内

受付期間 (必着)

令和4年7月8日(金)から令和4年7月19日(火)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

ひとり親家庭等医療費助成事業の証更新等に関する事務補助業務

- (1) 各種帳票等の発送及び整理作業
- (2) システムへの入力作業
- (3) ひとり親家庭等医療費助成事業の証更新に係るその他事務補助
- (4) その他所属長が必要と認める業務

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)、来庁者対応ができること

※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4年9月5日から令和4年12月23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

	内容
勤務日	月・火・木・金曜日 (水・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9時00分から午後5時00分まで (休憩：正午から午後1時00分まで)
休暇	年次休暇等
報酬額	日額 7,616円 (時給1,088円×7時間勤務)
期末手当	なし
通勤手当相当分	あり
社会保険	雇用保険に加入

※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。

※令和4年7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4年7月8日（金）から令和4年7月19日（火）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。併せて、第1次選考（書類選考）通過者には電話連絡も行います。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4年7月27日（水）	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）のみ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、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、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」はできるだけ具体的に記入してください。
- (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) 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在中」と封筒表面に記載してください）。それ以外の方法（持参やメール送付など）での提出は受付しません。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4年9月5日で採用します。なお、令和4年9月5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く場合があります。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。

【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

会計年度任用職員（日額の職）採用担当

TEL 045-671-4115

FAX 045-664-0403

Mail kf-iryoenjo@city.yokohama.jp